

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
(CLINIQUE DERMATOLOGIQUE — PROFESSEUR DU BOIS)

Lane Medical Library
n. 10 Geneva
1929

De l'Erythrocyanose sus-malléolaire à l'Erythème induré de Bazin

Contribution à l'étude des Tuberculides

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ-S. MACH

ANCIEN INTERNE A LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE GENÈVE,
INTERNE A LA CLINIQUE MÉDICALE DE GENÈVE

NEW YORK ACADEMY
OF MEDICINE
MAR - 5 1931
LIBRARY

LIBRAIRIE PAYOT & C^{ie}
LAUSANNE - GENÈVE - NEUCHÂTEL
VEVEY - MONTREUX - BERNE

1929

UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
(CLINIQUE DERMATOLOGIQUE — PROFESSEUR DU BOIS)

De l'Erythrocyanose
sus-malléolaire
à l'Erythème induré de Bazin

Contribution à l'étude des Tuberculides

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ-S. MACH

ANCIEN INTERNE A LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE GENÈVE,
INTERNE A LA CLINIQUE MÉDICALE DE GENÈVE

LIBRAIRIE PAYOT & C^{IE}
LAUSANNE - GENÈVE - NEUCHÂTEL
VEVEY - MONTREUX - BERNE

—
1929

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de Monsieur le Professeur Du Bois, autorise l'impression de la présente thèse sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 21 octobre 1929.

Le Doyen :

D^r M. ROCH.

La première partie de ce travail est parue dans la Revue médicale de la Suisse Romande de novembre 1929.

A la mémoire de ma Mère.

En présentant ce travail, je tiens à exprimer à mon Maître, Monsieur le Professeur Du Bois, ma profonde reconnaissance pour son accueil bienveillant dans sa clinique et pour tout l'intérêt qu'il a témoigné à l'élaboration de cette thèse.

Je prie également Monsieur le Professeur Askanazy d'accepter mes sincères remerciements pour les précieux conseils qu'il m'a donnés au cours de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

De l'Erythrocyanose sus-malléolaire à l'Erythème induré de Bazin

INTRODUCTION

L'érythrocyanose symétrique sus-malléolaire (érythrocyanosis crurum puellaris, œdème asphyxique symétrique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques, infiltrations érythémato-cyanotiques des neuro-endocriniens ou érythèmes infiltrés) est une dermatose du tiers inférieur des jambes, caractérisée par les symptômes suivants :

1. Une coloration bleu violacé, symétrique, en manchettes sus-malléolaires.
2. Une infiltration diffuse, un œdème ferme des téguments qui sont plus froids.
3. Une kératose pilaire.
4. Une absence des indurations circonscrites, caractérisant l'érythème induré de Bazin.

Cette affection s'observe chez des femmes jeunes, souffrant parfois de troubles endocrino-sympathiques. Longtemps confondue avec l'érythème induré de Bazin et étudiée avec les tuberculides, l'érythrocyanose paraît être actuellement bien individualisée. Elle est considérée comme un syndrome d'insuffisance vasculaire et de troubles endocrino-sympathiques. On lui refuse toute parenté avec l'érythème induré dont l'origine bacillaire a été établie de façon indiscutable depuis les travaux de Léwandowski, Leredde, Thibierge et d'autres auteurs.

Pourtant cette séparation a quelque chose d'arbitraire et met dans l'embarras ceux qui n'ont aucune idée préconçue. Cliniquement, de nombreux traits d'union apparentent les

deux affections. Nous connaissons des cyanoses persistantes, évoluant chez des femmes qui n'ont aucun trouble endocrinien, sympathique ou vasculaire, mais des signes évidents d'imprégnation bacillaire. D'autre part, il nous est quelquefois difficile de classer certains érythèmes indurés subaigus, se présentant comme les premiers stades de la maladie de Bazin. C'est à ces formes intermédiaires, signalées et défendues par Milian, que nous voudrions consacrer une partie de ce travail.

L'érythrocyanose sus-malléolaire est-elle une forme de transition vers les tuberculides et peut-elle préparer un terrain propice au développement de l'érythème induré de Bazin ? Ces deux affections n'ont-elles pas peut-être une étiologie commune ou leur association est-elle plutôt une simple coïncidence ?

Ces troubles glandulaires et circulatoires des jeunes filles lymphatiques annonçaient à nos ancêtres les premières atteintes de la scrofule ! Cette interprétation va peut-être cesser d'être une pure vue de l'esprit depuis qu'on a fait la preuve expérimentale de l'existence d'une tuberculose atténuée, inflammatoire et non folliculaire. Le rôle considérable de l'ultravirus tuberculeux en pathologie humaine est encore trop confus pour qu'il soit permis de tirer des conclusions. Toutefois pour certains auteurs le champ d'action de la tuberculose s'en trouve considérablement agrandi. « Il me paraît qu'il y a lieu, dit M. Darier, de rechercher si un certain nombre de types morbides qu'on hésite à rattacher aux tuberculides ne dérivent pas aussi de l'ultravirus tuberculeux. » Encouragés par de si hautes directives, nous allons chercher, dans les quelques observations de l'Hôpital de Genève, à mettre en valeur ce qui apparente l'érythrocyanose sus-malléolaire à l'érythème induré, et par là-même aux tuberculides.

Après avoir montré l'intimité clinique et anatomique de ces deux affections, nous ajouterons un petit exposé des expériences faites sur l'animal.

HISTORIQUE

Dans ses « Leçons sur la scrofule » où il y a tant d'observations remarquables et de théories surannées, Bazin décrit deux types de scrofulides bénignes : l'érythème induré et les engelures permanentes. « Certaines engelures, dit-il, qui se répètent, de-

viennent persistantes en toutes saisons et dénotent l'existence de la scrofule ». C'est tout ce que l'on connaît du sujet à l'époque de Bazin et c'est pourquoi, pendant toute la fin du XIX^e siècle, toutes les rougeurs des jambes ont été appelées érythème induré et attribuées à la scrofule.

Certains auteurs en France avaient bien remarqué la présence d'œdèmes non cardiaques associés à un érythème, mais l'avaient décrit avec les pseudo-lipomes, les myxoœdèmes localisés et les trophoœdèmes de Meige. C'est Balzer et Alquier qui font en 1900, la première description clinique de l'érythrocyanose sous le nom d'œdème strumeux ou érythème induré de Bazin chez une jeune fille. Ils remarquent « que les deux jambes dans leur tiers inférieur présentent un œdème, à ce niveau la peau est rouge violacé et épaisse, le derme a perdu sa souplesse et semble infiltré ». Ils soulignent l'origine non cardiaque de cet œdème et notent l'absence clinique de tuberculose chez leur malade ; ils concluent en appelant cette affection « œdème strumeux » ou érythème induré d'une forme très atténuée.

Mais il faut attendre 20 ans pour retrouver cette affection bien isolée et décrite comme un type clinique. Sous le nom d'« œdème asphyxique symétrique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques ». Thibierge et Stiassnie, à la séance du 10 février 1921 de la Société de Dermatologie, présentent une malade atteinte d'une « tuméfaction ferme des téguments des jambes avec coloration violacée de la peau et hyperkératose folliculaire. » « On peut ranger, disent-ils, dans la maladie de Bazin une affection dans laquelle les lésions diffuses, étendues à toute la jambe ne donnent lieu en aucun point à des nodosités dures et limitées ».

Vers la même époque en Allemagne, Denecke publie cinq cas d'un « érythème nouveau récidivant chez des jeunes filles » associé fréquemment à des troubles articulaires, puis Leng-fellner signale 84 cas de troubles circulatoires, aboutissant à un érythème veineux. En 1922, Bolt publie deux cas d'une « erythrocyanosis cutis symetrica » suivant l'appellation du professeur Curschmann. La même année Majocchi signale une « Erithrodermia angio-ectasia circoscritta ». Enfin, Mendes da Costa et Van Oort-Lau en 1926 font une étude remarquable de leur « Erythrocyanosis crurum puellaris ».

A la séance du 15 avril 1926 de la Société française de Dermatologie, M. Juster reprend toute l'étude de la question sous un angle nouveau. Il précise les rapports de l'érythrocyanose avec des troubles neuro-endocriniens et vaso-moteurs et nie ses relations avec la tuberculose. Ces infiltrations érythémato-cyanotiques n'ont aucune base bacillaire, elles sont sensibles à l'opothérapie et rebelles au traitement tuberculinique. Malgré les objections de Milian qui, en s'appuyant sur l'histologie pathologique de la lésion, en défend l'origine tuberculeuse, les idées de Juster ont finalement triomphé. La majorité des dermatologues, auxquels Delater et Hugel ont apporté une étude très savante des insuffisances veineuses, séparent l'érythrocyanose des tuberculides en général et de l'érythème induré en particulier. Il ne faut pas oublier de souligner la grande part prise à cette discussion par l'école de Strasbourg, le professeur Pautrier, puis M^{lle} Ullmo dans une thèse remarquable, ont apporté un faisceau imposant de preuves cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques, pour faire de cette dermatose un syndrome d'altération vasculaire et de disfonctionnement endocrino-sympathique. Ils ont également contribué à faire accepter définitivement, dans la littérature, le terme excellent d'érythrocyanose symétrique sus-malléolaire ou érythrocyanosis crurum puellarum.

Et pourtant, malgré tant de travaux, d'expériences et de disputes, il reste encore bien des obscurités sur la nature de cette affection. Sur sa pathogénie on n'a fourni encore aucune explication raisonnable. Il semble que suivant les lieux, les saisons et les écoles, l'érythrocyanose sus-malléolaire prenne une figure particulière. C'est pourquoi il n'est peut-être pas inutile d'apporter à cette question la modeste collaboration de la Clinique Dermatologique de Genève.

ETUDE CLINIQUE DE L'ÉRYTHROCYANOSE

Status général.

Les malades qui viennent consulter pour cette affection sont toujours des femmes, des jeunes filles d'environ 15 à 25 ans. Elles souffrent de lourdeurs dans les jambes le soir, d'une sensation de pesanteur désagréable, à laquelle s'ajoutent

des fourmillements et un sentiment de froid persistant. Ces jeunes malades ne font en général pas pitié, elles ont un habitus florissant, leurs joues sont pleines et colorées, leurs poids est imposant. Cette adiposité n'est pourtant pas toujours le signe d'une santé parfaite. On trouve souvent dans l'anamnèse ou à la radiographie pulmonaire des petits signes d'une atteinte bacillaire ancienne. Sans pouvoir classer nos malades en des types bien particuliers nous dirions volontiers qu'elles sont des « lymphatiques » si ce terme antique pouvait traduire autre chose qu'une impression. Malgré le soin jaloux que nous avons mis à les rechercher nous n'avons pas trouvé chez nos malades les troubles endocriniens décrits par tant d'auteurs. Aucun trouble de la menstruation, pas de sudations exagérées, tachycardies très rares, pas d'hypertrophie thyroïdienne. En résumé, et nous développerons ce point-là dans la discussion, les troubles neuro-endocriniens sont extrêmement rares chez nos malades, beaucoup plus rares que les traces d'imprégnation bacillaire dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Status local.

a) *La coloration.* — La coloration bleu violet du tiers inférieur des jambes peut se faire suivant deux types également fréquents : en manchette sus-malléolaire ou en placards. Ce manchon érythrocyanotique (voir obs. 2) naît à quelques centimètres au-dessus des malléoles et entoure, comme une guêtre, la cheville et la naissance de la jambe. Sur cette teinte uniforme dont les limites sont indécises, on constate assez souvent des taches cyanosées plus foncées, de grandeur variable. L'autre type de coloration est réalisé par des placards d'érythème séparés par des zones de peau saine : placards ronds ou ovales, à bords mal dessinés, et dont les dimensions peuvent atteindre celles d'une petite paume de main. (Fig. 1.) On les trouve presque toujours aux mêmes endroits, sur les bords externes des chevilles, à deux ou trois travers de doigt au-dessus du bord inférieur des malléoles. Nous avons également rencontré ces placards le long du tendon d'Achille (voir obs. 4). Une localisation rarement signalée est celle du genou ; au niveau du bord interne du plateau tibial, on trouve quelquefois (voir obs. 5) un placard grand comme une pièce de cinq francs à

bords diffus et dont le centre est légèrement infiltré. Cette localisation ne correspond à aucun territoire nerveux ou vasculaire ; ce n'est pas non plus la stase qui peut expliquer une localisation à cette hauteur. On peut envisager l'influence du frottement, mais c'est là une cause bien improbable. Il faudrait donc admettre une allergie spéciale d'un territoire cutané, comme nous le faisons pour les tuberculides.

Il faut ajouter que cette coloration est sujette à de nombreuses variations, qu'elle est plus foncée par temps froid que par temps chaud, en hiver qu'en été, enfin qu'elle s'atténue considérablement quand on soulève la jambe pendant quelques minutes. Ce dernier caractère important montre le rôle indiscutable joué par la congestion passive dans cette affection. A la vitro-pression on constate un épais réseau de fines varicosités sur fond érythémateux. Enfin la température de ces régions malades est abaissée et c'est là un signe certain du ralentissement circulatoire.

Une étude plus minutieuse de ces troubles circulatoires a été faite à l'aide du capillaroscope de Guillaume par Delater, Hugel et M^{lle} Ullmo. Ils ont trouvé dans la cyanose les modifications suivantes :

« I^o Les dépressions interpapillaires sont effacées et ne dessinent pas leur carrelage.

II^o Les anses capillaires sont d'aspect très variable : au lieu de petits croissants régulièrement répartis, on trouve des boules étalées qui paraissent constituées par de larges capillaires emmêlés.

III^o Les veinules du réseau sous-papillaire sont énormes, boudinées, turgescents ; comme les branches efférentes des anses, elles sont contournées et ectasiques. »

Le phénomène de spasme des veinules a été constaté par tous les auteurs ; par contre, on a discuté et nié l'existence d'un spasme artériolaire, défendue par A. C. Guillaume. L'acétylcholine, dont on connaît l'action artériodilatatrice et l'admirable effet dans le syndrome de Raynaud a été employée pour trancher cette question. Son injection ne produit aucun effet sur l'érythrocyanose. Nous avons injecté à notre malade J. V. (Obs. 1) jusqu'à 20 centigrammes pro die, sans constater aucun effet, ni immédiat, ni lointain. En outre, la sympathectomie

produit plutôt une aggravation de la cyanose ; ceci est encore un argument qui permet de nier l'existence de la vaso-constriction des artérioles.

Il résulte de ces recherches la confirmation de l'existence dans l'érythrocyanose de phénomènes de parésie et de dilatation veineuse, dont la cause et la pathogénie nous échappent encore. Il n'existe, en effet, aucune observation assez démonstrative pour pouvoir affirmer l'influence du sympathique, du vague ou des sécrétions endocrines sur les troubles vasomoteurs de l'érythrocyanose. D'ailleurs nous verrons que l'existence des troubles circulatoires ne suffit pas à expliquer l'histologie pathologique de l'érythrocyanose. Le microscope nous montre en effet (fig. 3 et 4) des réactions périvasculaires et des infiltrats trop importants pour qu'il soit possible de les attribuer à des désordres circulatoires uniquement. D'autres facteurs jouent sans doute un rôle, qu'on ne voit pas au capillaroscope, mais que la clinique a le devoir de nous signaler.

b) *L'infiltration.* — Une infiltration élastique des téguments accompagne toujours cet érythème. A la palpation, la peau donne l'impression d'être épaissie, gonflée par un œdème dur et pourtant le doigt n'arrive pas à y produire de godet. Cette tuméfaction ferme ne permet pas de plisser cette peau dont la surface paraît tendue, lisse et brillante. Les limites de cette zone infiltrée sont indécises, on passe peu à peu des placards cyanosés à une peau plus saine, mais encore tapissée d'une adiposité caractéristique. Nous n'avons jamais constaté ce bourrelet signalé par Mendes da Costa qui ferait la frontière entre la surface malade et la peau saine.

Enfin, il faut ajouter que la consistance de cette infiltration n'est pas égale sur toute la surface érythémateuse : on palpe aisément, au centre des lésions, des îlots empâtés, entourés d'un tissu moins ferme ; au niveau de ces élevures légères, la cyanose est généralement plus marquée.

c) *La kératose pilaire.* — Une kératose pilaire érythémateuse complète l'image clinique sommaire que nous venons d'esquisser. Non seulement au niveau des lésions, mais aussi sur la face antérieure des jambes, et souvent sur la face postérieure des bras, on observe un semis de petits points rouge-brun centrés par un cône corné. Ce sont les follicules pileux

hypertrophiés et pigmentés dont le poil a disparu. L'image est plus nette par le froid et chez les jeunes filles obèses. Généralement les jambes de ces malades sont dépourvues de poils, ou bien ceux qui restent sont cassés à leur base ; toutefois, une de nos malades présentait une hypertrichose en longues bandes sur le bord interne des jambes.

Juster et après lui les auteurs français ajoutent à leur description de l'érythrocyanose sus-malléolaire l'absence des indurations circonscrites, des nodosités caractéristiques de l'érythème induré de Bazin. Nous verrons plus loin combien il est parfois difficile de définir une induration circonscrite et de savoir à quel moment elle commence. Quand donc l'érythème infiltré peut-il être appelé érythème induré ? Cliniquement, les limites sont imprécises ; et si la biopsie est refusée, c'est en s'aidant de symptômes associés et de l'atmosphère pathologique qu'on devra poser le diagnostic.

Enfin, certains auteurs ont signalé comme complication de l'érythrocyanose des ulcérations profondes, dont on peut presque toujours retrouver l'origine syphilitique ou tuberculeuse, ou qui sont consécutives à un traumatisme sur une région érythémateuse. Les seules ulcérations, assez rares d'ailleurs, de l'érythrocyanose, sont celles qu'ont signalées Pautrier, Lévy et M^{lle} Ullmo. Ce sont des pertes de substance très superficielles, apparaissant pendant les grands froids. Elles naissent après éclatement de bulles « correspondant chacune à un décollement phlycténoïde de l'épiderme, contenant un peu de liquide séreux ». Nous avons rencontré chez deux de nos malades (obs. 2 et 5) ces décollements phlycténoïdes ; ils ont d'ailleurs rapidement guéri en laissant, après la formation de croûtelles brunâtres, de petits médaillons cicatriciels légèrement pigmentés ¹.

¹ Pendant la rédaction de ce travail M^{lle} Ullmo a eu l'obligeance de nous communiquer l'importante étude qu'elle vient de faire de l'érythrocyanose. Elle signale dans les complications l'apparition, pendant la période des grands froids, « d'infiltrations nodulaires en pastilles » qui n'auraient, à son avis, aucune relation avec la maladie de Bazin. Nous n'avons jamais constaté la présence de ces nodules produits par le froid et disparaissant par le repos, mais nous les considérerions volontiers, avec le professeur Du Bois, comme une première manifestation atténuée de l'érythème induré.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il est curieux de constater combien une étude aussi objective que l'histologie pathologique subit l'influence d'idées préconçues et comment chaque auteur interprète ce qu'il voit selon ses sympathies et ses désirs. Ainsi, tandis que Milian trouve une infiltration tuberculoïde signant l'origine bacillaire de notre dermatose, Juster ne voit « aucun aspect sarcoïde du tissu cellulaire sous-cutané ». Mendes da Costa signale « des vaisseaux entourés d'amas de noyaux conjonctifs et de rares lymphocytes ». Delater et Hugel insistent spécialement sur les dilatations vasculaires ; Pautrier et ses élèves affirment « que l'infiltrat n'a pas un aspect suffisamment spécifique pour pouvoir être rapporté à une étiologie précise ».

Il semble que tous les auteurs n'ont pas fait l'étude de cas semblables, de stades identiques d'érythrocyanose. Les uns ont observé des érythèmes simples, d'autres des cyanoses avec des indurations subaiguës.

Dans les examens histologiques publiés et ceux que nos malades nous ont permis de faire, nous retenons les observations suivantes :

1^o L'épiderme présente un effacement des papilles ; il en résulte que l'union du derme et de l'épiderme se fait suivant une ligne à peu près droite et sans accident. Il est, en outre, fréquent de rencontrer un œdème du corps papillaire.

2^o Les vaisseaux sont dilatés et multipliés au niveau du derme et parfois de l'hypoderme. C'est une lésion caractéristique. Les lumières béantes et tourmentées ont un endothélium turgescent ; elles ne renferment jamais de globules rouges, sauf pour Delater et Hugel qui en font un élément important. Par contre, nous avons trouvé des pigments sanguins dans notre observation 2.

3^o Une infiltration périvasculaire en manchons et longues bandes pouvant atteindre l'hypoderme complète ce tableau histologique. Cet infiltrat est constitué par des cellules lymphoïdes, des cellules conjonctives jeunes, des plasmocytes et certaines cellules mal différenciées, à protoplasme peu abondant, basophile, dont les noyaux, petits, sont riches en chromatine.

Dans certains cas où il existe une induration, ces infiltrations se groupent en foyer autour des pelotons sébacés, des canaux excréteurs ou des vaisseaux (voir fig. 4 et 5). L'infiltration cellulaire est d'autant plus étendue et plus dense que l'induration est plus marquée. Sans avoir jamais de caractère nettement tuberculoïde, ces images de foyers d'infiltration s'en rapprochent extrêmement et en sont comme la préparation. Il semble que, dans l'érythrocyanose et dans l'érythème induré, on soit en présence d'une réaction à une cause identique, mais à des degrés différents. Dans notre cas d'érythrocyanose atypique (voir biopsie 4), nous avons l'image clinique d'un érythème à peine induré et une histologie où les manchons périvasculaires de l'érythrocyanose se combinent avec un tissu tuberculoïde dont les cellules géantes signent l'origine. Il nous semble qu'en étudiant davantage ces cas de passage, on verrait que ces lésions cutanées ne traduisent pas des réactions à des causes différentes, mais un degré de souffrance tissulaire variant suivant l'intensité du mal.

En résumé, si l'anatomie pathologique n'apporte pas la preuve de la nature tuberculeuse de l'érythrocyanose elle ne l'infirmes pas. Au contraire, ces témoignages histologiques d'une inflammation chronique et d'une souffrance tissulaire dénoncent une cause infectieuse plutôt que des troubles circulatoires ou sympathiques.

Biopsie N° 1 (J. Valérie, obs. 1). — L'épiderme montre des irrégularités marquées ; dans certains endroits il est constitué par 4 à 5 assises de cellules bien formées ; en d'autres points, il n'est plus constitué que par 2 et 3 assises de cellules à protoplasme mal colorable et à noyaux ratatinés. La granuleuse, partout présente, ne montre qu'une couche de cellules.

Les bourgeons interpapillaires, partout peu marqués, sont complètement effacés dans les régions où l'épiderme est atrophié. Pas d'infiltrat dans les espaces intercellulaires.

Le corps papillaire est oedématié et montre une dilatation marquée des vaisseaux dont les cellules endothéliales sont tuméfiées. Ces vaisseaux sont entourés d'un infiltrat cellulaire en forme de manchons, peu abondant, composé de cellules lymphoïdes, de cellules conjonctives jeunes et de rares cellules plasmiques (fig. 3).

Le chorion montre également un léger état d'oedème ; les manchons cellulaires périvasculaires sont plus abondants que dans

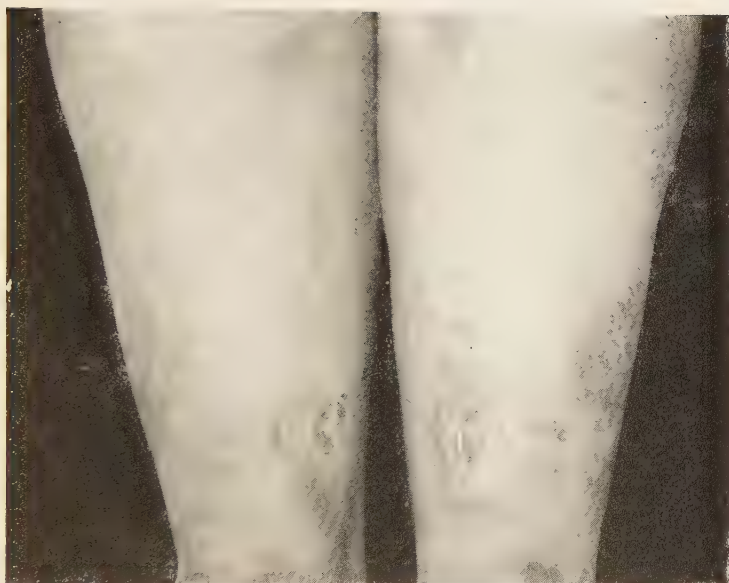


FIG. 1.

Erythrocyanose sus-malléolaire. Placards rouge violacé sans induration, kératose pilaire, et infiltration diffuse du tiers inférieur des jambes.



FIG. 2.

Erythème induré de Bazin. Placards d'érythème recouvrant des nodosités, kératose pilaire et infiltration diffuse comme dans l'érythrocyanose.

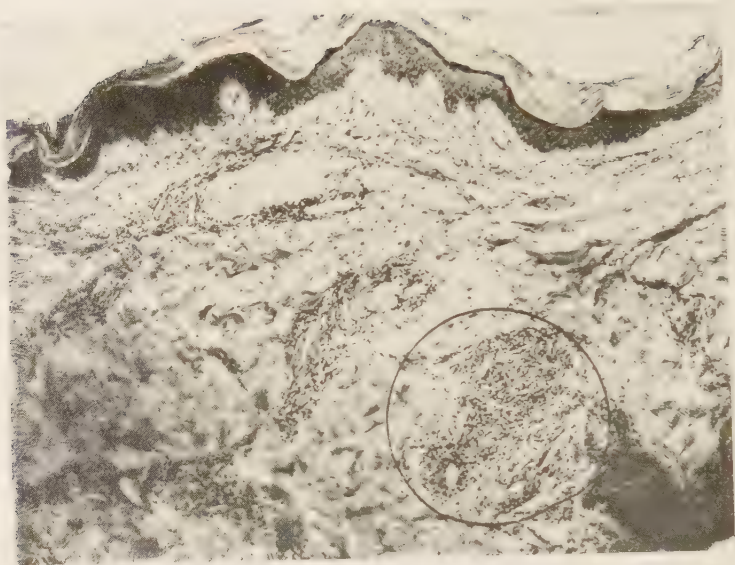


FIG. 3.
Erythrocyanose sus-malléolaire. Biopsie d'un placard de cyanose.
Dilatation des vaisseaux et infiltration périvasculaire (obs. 1).
(Objectif 4, sans oculaire.)

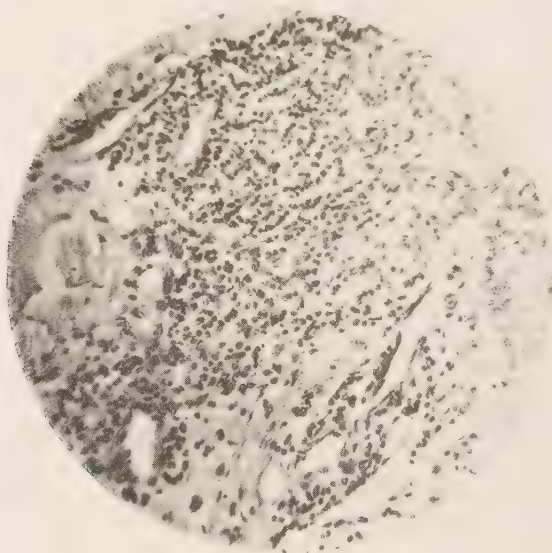


FIG. 4.
Manchon périvasculaire composé de cellules lymphoïdes, de plasmocytes
et de cellules conjonctives jeunes.
(Objectif 6, sans oculaire.)



FIG. 5.

Erythrocyanose sus-malléolaire. Trainées de cellules lymphoïdes et manchons périvasculaires (obs. 3).
(Objectif 4, sans oculaire.)

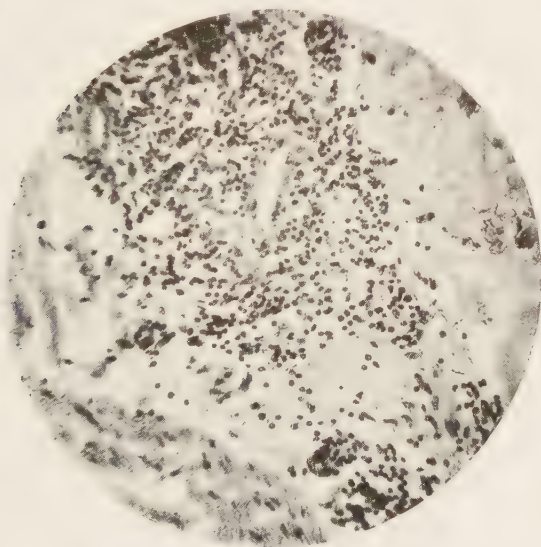


FIG. 6.

Infiltration périvasculaire et dilatation des vaisseaux.
Même préparation que la Fig. 5.
(Objectif 6, sans oculaire.)

le corps papillaire et se retrouvent également autour des pelotons sébacés et des canaux excréteurs.

Biopsie N° 2 (R. Elisa, obs. 9). — Vaisseaux du stratum papillaire et chorion fortement dilatés et paraissant augmentés en nombre, montrant une tuméfaction très marquée des endothélium.

Dans le stratum papillaire, infiltrat pas très dense formé de lymphocytes ; dans d'autres coupes, polynucléaires abondants. Dans le chorion l'infiltrat s'organise en boyaux périvasculaires composés de lymphocytes, de cellules conjonctives jeunes en très grand nombre, et de quelques cellules géantes.

La réaction du fer est positive dans de nombreuses cellules conjonctives sous forme de granulations bleu foncé. Le Ziehl n'a pas montré de B. K.

Biopsie N° 3 (S. Bluette, obs. 3). — L'épiderme ne présente pas de modifications importantes sauf un effacement des bourgeons interpapillaires. Le corps papillaire est très œdématié. Dans le chorion, infiltrat périvasculaire pareil à celui décrit dans la biopsie n° 2.

Biopsie N° 4 (P. A., obs. 12). — L'épiderme ne présente pas d'autres modifications qu'un infiltrat intercellulaire à polynucléaires peu abondants, et de rares cellules dyskératosiques. Dans le corps papillaire, légère dilatation vasculaire avec infiltrat périvasculaire à cellules conjonctives jeunes et cellules lymphoïdes. Le chorion montre des infiltrats périvasculaires de même nature. En un endroit cet infiltrat montre quelques cellules épithéloïdes et une cellule géante de Langhans typique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Avant d'étudier les relations de l'érythrocyanose avec l'érythème induré, nous citerons, pour être complet, quelques affections avec lesquelles on confond parfois l'érythrocyanose, surtout depuis que cette dermatose est à la mode.

L'acroasphyxie est une congestion passive, chronique et permanente des extrémités. Les quatre membres et parfois les fesses sont rouges, violacés, froids et engourdis. Cette affection atteint dans l'enfance ou à la puberté les garçons comme les filles ; elle ne s'atténue que faiblement pendant l'été et gêne les malades souvent pendant toute leur vie.

Elle n'a de l'érythrocyanose ni la localisation, ni l'infiltration ferme du derme, ni la kératose pileaire caractéristique. Toutefois

on trouve dans la littérature des cas où les deux affections évoluent ensemble et où l'asphyxie a préparé le terrain de l'érythrocyanose.

L'érythème pernio ou engelures consiste en « poussées érythémateuses aiguës, n'évoluant que dans le jeune âge, entre 5 et 17 ans, et toujours à la suite d'un changement brusque de température, écrit le professeur Du Bois. Ces congestions passagères, qui ne laissent aucune cicatrice, sont sous la dépendance d'une disposition particulière du système circulatoire et n'apparaissent que dans les régions où la circulation est le plus ralentie. Les engelures demandent pour se développer une prédisposition anatomique semblable à celle qui favorise le développement de la tuberculose ». Il faut ajouter que ces engelures sont douloureuses, très souvent prurigineuses, et qu'elles ont une localisation élective sur le bord cubital des mains, les doigts, les orteils, les talons, les oreilles et le nez.

Nous mentionnerons seulement pour mémoire le syndrome de Raynaud, dans lequel des crises d'asphyxie alternent avec des syncopes locales et où la preuve de la vasoconstriction des artérioles est faite par l'injection d'acéthylcholine.

L'érythème noueux est une maladie infectieuse qui s'accompagne d'une température légère et de troubles de l'état général avec parfois des douleurs rhumatoïdes. L'éruption est composée de noueures arrondies ou ovalaires de couleur rose violacé, douloureuses au toucher et dont la surface est brillante. Elle siège, non pas exclusivement aux jambes, mais quelquefois sur les cuisses, sur les fesses, les avant-bras et les bras. Sa durée enfin n'est que de deux ou trois semaines. Les hommes comme les femmes peuvent en être atteints.

Les syphilides noueuses peuvent enfin prêter à discussion quand elles évoluent chez des jeunes femmes qui ignorent ou cachent leur infection spécifique. Sans vouloir entrer dans cette dangereuse dispute, nous rappellerons simplement notre observation N° 11. Cette malade présente sur le tiers inférieur des jambes des plaques d'érythème avec des indurations nettement limitées et quelques ulcérations secondaires. On lui trouve un Wassermann positif, des signes d'hérédo-luè, et on la guérit par un traitement spécifique. Bien qu'on trouve à cette malade une ancienne lésion pulmonaire et que son affec-

tion ait un aspect clinique d'érythème induré, c'est le succès du traitement et la sérologie qui commandent le diagnostic. Il ne s'agit pas de tuberculides chez une luétique ou de scrofule de vérole, comme le veulent certains auteurs. Pourquoi donc interdire aux jeunes filles lymphatiques de faire des accidents cutanés syphilitiques et purement syphilitiques ?

Le diagnostic de l'érythrocyanose doit donc être posé avec prudence et après examen des réactions sérologiques et biologiques. Nous verrons combien il est difficile de l'isoler de l'érythème induré dont elle n'est peut-être qu'un premier stade ou qu'une forme larvée.

LES RAPPORTS DE L'ÉRYTHROCYANOSE AVEC L'ÉRYTHÈME INDURÉ

a) *La lésion.* — Bazin dans ses leçons sur la scrofule fait cette première description magistrale de l'érythème induré : « il se caractérise par des plaques rouges, indurées, sur lesquelles le doigt appliqué fait momentanément disparaître la rougeur qui ne tarde pas à reparaitre après quelques instants. On sent à la peau et sous la peau une induration qui s'enfonce plus ou moins profondément dans le tissu cellulaire sous-cutané. La rougeur plus ou moins foncée, assez souvent violacée, plus marquée au centre, se fond insensiblement sur la circonférence avec la couleur normale de la peau ».

Depuis lors, on a encore fait des descriptions plus fouillées, en étudiant mieux les caractères exacts de ces indurations ; on a montré leur nature bacillaire en les inoculant aux cobayes, on a précisé par des tests biologiques la nature du terrain sur lequel elles se développent. Et pourtant, ces descriptions précises et très fidèles laissent encore une trop grande liberté et mettent parfois le clinicien dans l'embarras. A quel moment une induration est-elle suffisamment imposante pour entrer dans le cadre de la maladie de Bazin ? Les empâtements légers qu'on rencontre si souvent dans l'érythrocyanose appartiennent-ils encore à cette affection ou sont-ils les premiers débuts d'un érythème induré ? Existe-t-il des relations entre ces deux dermatoses ou n'y a-t-il là qu'une association occasionnelle ?

Dans la littérature on trouve de nombreuses observa-

tions où cette parenté est signalée : « J'ai rencontré, dit M. Darricr, comme d'autres auteurs, des cas de coïncidence de ces deux états morbides ». M. Milian trouve tous les intermédiaires entre l'adiposité cyanotique et l'érythème induré de Bazin. Il y a des adiposités cyanotiques avec quelques petits infiltrats, d'autres avec des infiltrats gommeux plus étendus, d'autres enfin avec des nodosités gommeuses caractéristiques ». Mendes da Costa cite trois cas (n° 3, 4 et 5) où des nodosités circonscrites « grandes comme des petits pois » accompagnent et compliquent l'érythrocyanose. Sézari déclare avoir vu « comme beaucoup d'autres auteurs, l'érythème compliquer la cyanose dans quelques cas. « Forster pense qu'elle prépare le terrain de l'érythème induré, dont elle est « une forme fruste ». M. Pautrier et Mlle Ullmo publient un cas où la cyanose complique secondairement un érythème induré. Cette association est signalée encore par Galenski et Nardelli en 1926. Plus récemment Goin et Bienvenue, sans avouer la parenté de ces affections, parlent « d'érythrocyanose nodulaire et d'érythrocyanose avec tuberculides surajoutées », mais ce n'est là qu'une question de mots.

On a objecté qu'il ne s'agissait dans la plupart des cas que de co-existences purement occasionnelles ; c'est pourquoi nous voulons citer quelques observations où ces deux affections ont évolué simultanément, où la cyanose n'a pas quitté l'érythème, et où un même traitement a guéri l'un et l'autre, comme si elles dépendaient de la même cause.

Trois de nos malades atteints d'érythrocyanose sus-malléolaire typique (obs. 3, 4 et 5), chez lesquels une infiltration diffuse des téguments s'ajoute à la coloration caractéristique et à la kératose pilaire, présentent des indurations nettement circonscrites au niveau desquelles la peau a une couleur rouge-violette plus foncée. Quand on lève la jambe les taches cyanotiques recouvrant les nodules persistent, tandis que pâlit l'érythème sus-malléolaire ; c'est donc la preuve qu'il y a là plus qu'un simple phénomène de stase. En outre, par le repos au lit nous voyons au bout de quelques semaines l'amélioration de l'érythrocyanose, tandis que les nodosités sont beaucoup plus lentes à guérir. Elles cèdent finalement, ainsi que la cyanose au traitement à la tuberculine de Béraneck. Ces infiltrations

persistantes nous semblent avoir tous les caractères cliniques des indurations de la maladie de Bazin, mais elles naissent aux dépens, pourrait-on dire, de l'érythrocyanose, dont elles semblent être la forme aggravée, chronique.

On pourrait objecter que, dans l'érythème induré, les nodosités ont une autre localisation, qu'elles sont disséminées sur toute la jambe et n'entourent pas seulement la cheville. Il nous est facile de montrer des cas d'érythrocyanose (obs 2 et 5) où des placards violacés légèrement indurés se localisent d'une façon tout à fait atypique sur le bord interne du genou. D'ailleurs, il serait difficile d'expliquer toutes les localisations de l'érythrocyanose uniquement par des phénomènes de stase.

Pour montrer mieux encore l'intimité clinique de ces deux affections, nous citerons pour terminer ces cas d'érythème induré dans lesquels on trouve pendant toute l'évolution les petits signes de l'érythrocyanose : nos malades (obs. 6 et 8) dont l'érythème induré a été vérifié chez l'une par la biopsie, chez l'autre par l'inoculation positive au cobaye, présentaient l'une et l'autre, dès le début et pendant toute l'évolution de leur affection, ces petits signes de l'érythrocyanose qui sont la kératose pileaire, l'empâtement diffus du tiers inférieur des jambes, la peau lisse et brillante, et enfin l'habitus lymphatique dont on rend responsable les troubles endocriniens. S'agit-il de nouveau d'une simple coïncidence, ou le tableau clinique ne relève-t-il pas plutôt une cause unique ?

b) *Le terrain.* — Un second argument qui permet à certains auteurs de séparer d'une façon définitive ces deux affections serait l'existence de troubles endocriniens chez toutes les malades souffrant de cyanose sus-malléolaire. Il faut souvent beaucoup de zèle et de bonne volonté pour dépister ces petits signes d'insuffisance glandulaire ; aussi plusieurs auteurs n'ont-ils pas eu la chance d'en trouver. M. Sézari a constaté parmi les cas de l'hôpital Broca « que plusieurs jeunes filles n'avaient aucun trouble menstruel ; elles n'ont d'ailleurs tiré aucun bénéfice de l'opothérapie ovarienne, même administrée par voie sous-cutanée. D'autre part l'exploration du système végétatif par procédés cliniques et tests pharmaco-dynamiques, l'épreuve du métabolisme basal ont donné les résultats les plus disparates. »

Chez nos malades, nous n'avons trouvé aucun trouble de la menstruation, ni tachycardie, ni tremblement, pas de troubles psychique, aucune tuméfaction de la thyroïde, ; dans un seul cas (obs. 4) des sudations exagérées. Le seul signe probable d'une altération endocrinienne qu'on retrouve dans tous les cas est l'adiposité : cet embonpoint disgracieux des jeunes filles pâles dont la circulation est ralentie. D'ailleurs il n'existe aucune observation assez démonstrative pour faire la preuve des relations existant entre l'érythrocyanose et les glandes endocrines. (Sauf peut-être le cas d'érythème après castration rapporté dans la thèse de M. David.) il ne suffit pas d'avoir trouvé chez une de nos malades un trouble de la menstruation pour pouvoir conclure qu'une insuffisance ovarienne est responsable d'un érythème sus-malléolaire. La question est certainement plus complexe. D'autres facteurs interviennent encore pour préparer le terrain de l'érythrocyanose. Ce n'est donc pas l'anamnèse qui fera le diagnostic différentiel des deux affections ; d'autant plus que l'érythème induré évolue souvent chez des jeunes filles qui peuvent présenter souvent ce type lymphatique décrit plus haut et faire parfois des troubles endocriniens. Notre malade D. Justine (obs. 8) fait chaque été une rechute de son érythème induré, comme si une influence des saisons, et peut-être des sécrétions internes, jouait ici un rôle.

Enfin la parenté entre les terrains de ces deux affections se montre avec plus d'évidence encore, quand on recherche les antécédents bacillaires de ces malades. Ils sont aussi fréquents dans l'érythrocyanose que dans l'érythème induré. Pautrier et Lévy présentent « trois cas d'érythrocyanose où le terrain scrofuleux est indiscutable, mais où les troubles endocriniens ne le sont pas moins ». Une de nos malades a fait des hémoptysies quelques années avant l'apparition de son érythrocyanose. Une autre (obs. 4) a souffert d'une coxalgie dans son enfance. La malade J. (obs. 5) nous a quitté pour soigner à la montagne sa tuberculose pulmonaire. Nous ne dirons rien des cuti et intradermo-réactions à la tuberculine qui chez nos malades sont souvent très positives ; la valeur de ces tests biologiques et des réactions sérologiques de la tuberculose est encore trop discutée.

De tout cet exposé, nous concluons de la façon suivante : Aussi bien que l'examen clinique des lésions, l'interrogatoire

du malade et l'étude du terrain ne nous permettent pas d'isoler l'érythrocyanose de l'érythème induré et de leur attribuer une étiologie différente.

Au nom de la clinique uniquement nous n'avons pas le droit de séparer deux affections si intimement liées dans leur évolution et dont l'une pourrait bien être la forme atténuée de l'autre.

c) *La thérapeutique.* — C'est dans la thérapeutique enfin qu'on a cherché un élément de diagnostic différentiel. L'échec du traitement à la tuberculine a permis à M. Lortat-Jacob de nier l'étiologie bacillaire de l'érythrocyanose. On pourrait trouver autant d'insuccès de l'opothérapie, sans pour cela pouvoir tirer des conclusions étiologiques. Si nous rappelons les excellents résultats que nous avons obtenus avec la tuberculine de Béranek, c'est pour montrer que là aussi, les deux affections s'apparentent. Nos cas d'érythrocyanose pure et ceux où des indurations la compliquent ont tous été, sauf une exception, très améliorés ou guéris par la tuberculine. Les nodosités ont disparu plus lentement que la cyanose, il est vrai, mais on ne peut nier une évolution simultanée des deux lésions vers la guérison. Les réactions locales aux injections furent chaque fois très vives ; les premières piqûres intradermiques n'ont jamais pu dépasser 1/10 de cc. à 1/1000.

d) *L'anatomie pathologique.* — Certes, l'érythrocyanose est loin d'avoir la structure spécifique tuberculoïde de l'érythème induré, et ce ne sont pas l'adiposité locale et la cyanose qui doivent suffire, comme le veut Milian, à en faire une tuberculide. Dans un chapitre précédent, nous avons montré que l'histologie pathologique ne permet pas de conclure à l'origine bacillaire de l'érythrocyanose, mais qu'elle ne l'infirmes pas. Elle laisse donc toute liberté à la clinique pour interpréter la cause des souffrances tissulaires et des réactions inflammatoires que nous montre le microscope. Est-il plus facile et plus raisonnable d'invoquer des troubles vasculaires plutôt qu'une infection atténuée ? Nous ne le croyons pas. L'absence de globules rouges dans les vaisseaux, la rareté des pigments sanguins, la présence de cellules ayant parfois des caractères épithéloïdes et souvent groupées en foyer, tout cela est autre chose qu'une simple réaction de stase !

Enfin, pour montrer que l'absence de nodosités n'exclut

pas toujours l'origine bacillaire, nous rappellerons cette observation d'un simple érythème, à peine infiltré, dont l'origine tuberculeuse ne fait pourtant aucun doute. Notre malade P. Amélie (obs. 12) atteinte d'un lupus du nez, fait à la suite d'une grippe un placard d'érythème infiltré, à surface lisse et brillante, sur la jambe droite. La biopsie montre des cellules géantes qui, chez une malade lupique, signent semble-t-il l'origine tuberculeuse. Ceci prouve avec quelle prudence il faut discuter l'origine de ces érythèmes et combien le parallèle entre la clinique et l'histologie est parfois difficile à faire.

La clinique, l'anatomopathologie et la thérapeutique nous permettent donc de faire entre l'érythème induré et l'érythrocyanose un rapprochement dont nous verrons plus loin l'importance étiologique.

ETUDE EXPÉRIMENTALE

Les recherches modernes de Calmette, Valtis, Arloing et Dufourt ont rapporté la première preuve expérimentale de l'existence d'une tuberculose atténuée, inflammatoire, non folliculaire, évoluant, ainsi que les tuberculides, spontanément vers la guérison. L'inoculation directe de sang, de sérosité ou d'urine de ces malades produit chez le cobaye une tuberculose atypique dont on peut augmenter la virulence par la méthode des inoculations successives. Cette infection atténuée du cobaye, dont on ignorait l'existence il y a quelques années, a tous les caractères de celle qu'on produit par l'inoculation de filtrats de bacilles de Koch.

Nous avons employé cette méthode délicate pour rechercher si les malades atteints d'érythrocyanose ne faisaient pas peut-être une bacillémie de virus atténués. La présence de lésions périvasculaires, non folliculaires, aux endroits où la circulation est ralentie, légitimait cette hypothèse.

C'est la technique proposée par Paiseau, Valtis et Sænz que nous avons employée.

Cinq cobayes reçoivent chacun dans le pli de l'aîne six à sept cc. de sang prélevé dans une veine du malade à étudier (ou exceptionnellement prélevé au niveau de la région malade). Nous avons prélevé du sang de quatre de nos malades (obs. 1,

3, 10, 12) dont une seule avait une lésion tuberculeuse (lupus) en activité. Comme d'autres auteurs, nous avons constaté deux à trois semaines après l'inoculation une tuméfaction des ganglions de l'aîne disparaissant en quelques jours. Un premier cobaye sacrifié un mois après l'inoculation nous a montré, dans les quatre cas, une perte de poids insignifiante, l'absence de chancre d'inoculation, et l'intégrité de tous les organes. Par contre, les ganglions trachéobronchiques sont tuméfiés, grands comme des grains de café, de consistance ferme et au nombre de trois à quatre. La recherche de B. K. poursuivie avec une grande patience pendant des heures n'a jamais été couronnée de succès. Nous avons inoculé ces ganglions broyés à un deuxième cobaye qui fut tué un mois après. Là, également, absence de ganglions caséux, hypertrophie ganglionnaire sans B. K. Malgré un troisième puis un quatrième passage, nous n'avons jamais constaté de chancre d'inoculation, ni de lésions viscérales quelconques. Le poids des cobayes est resté le même, les ganglions n'ont jamais contenu de bacilles.

Le seul résultat positif concerne un cas d'érythème induré subaigu où le sang inoculé a été prélevé en pleine région érythémateuse. Le seul cobaye inoculé est mort, très amaigri, trois mois après l'inoculation. Il ne présentait ni chancre d'inoculation, ni ganglion caséux, mais sur le foie, la rate et le poumon des nodules blanchâtres, dans lesquels un examen prolongé nous a fait trouver de rares bacilles acido-résistants un peu granuleux. L'examen histologique que nous devons à l'extrême obligeance du professeur Askanazy, a montré une tuberculose dont l'évolution est ralentie (voir rapport spécial). L'absence de chancre d'inoculation et de ganglions caséux, la nature plutôt fibreuse des lésions hépatiques et pulmonaires, la pauvreté en cellules géantes, la rareté des B. K. et leur nature granuleuse nous poussent à faire rentrer ce cas dans le cadre des tuberculoses atypiques. Paisseau et Vialard, dans un cas d'inoculation du sang d'un purpura rhumatoïde, ayant obtenu des lésions identiques n'ont pas hésité à les attribuer à l'ultravirus tuberculeux.

On peut objecter que ce cas est unique, que le cobaye peut avoir fait une infection spontanée, que la bacillémie peut n'avoir aucune relation avec la dermatose et n'être qu'une

coïncidence. Il est certain que ces inoculations sont à refaire et que seulement un grand nombre de résultats positifs nous permettra de conclure à l'existence d'une relation entre l'érythème induré et l'ultravirus tuberculeux. Néanmoins notre cas mérite d'être signalé, car il concerne une forme mixte d'érythème induré et d'érythrocyanose dont l'étiologie nous intéresse spécialement.

Rapport de l'Institut Pathologique :

Poumon : Coupe à l'hématoxyline; on voit plusieurs lumières bronchiques montrant une assez forte desquamation épithéliale. Le parenchyme est assez riche en vaisseaux hyperémiques. Dans certaines parties de la coupe les alvéoles sont bien conservées. Les capillaires dans la paroi alvéolaire fortement hyperémiés; l'épithélium tuméfié, en partie desquamé. A certaines places de la coupe l'image alvéolaire est effacée presque entièrement. A ces endroits on remarque un tissu dense, composé d'un stroma assez abondant, avec cellules fusiformes. En outre, il existe une assez forte infiltration lymphocytaire et plasmocytaire. Souvent cette infiltration entoure de petits foyers nécrosés.

Ces petits foyers sont colorés en rose avec l'hématoxyline éosine. On rencontre un nombre limité de polynucléaires, en partie en déhiscence, dans la zone marginale des nécroses. Dans une certaine partie de la coupe il existe des amas lymphocytaires nodulaires. A une place seulement le centre de ces amas est nécrosé. Dans bien des alvéoles, on trouve un exsudat coloré en bleu clair par l'hématoxyline éosine. Par ci par là il y a des polynucléaires à l'intérieur des alvéoles. La coloration à l'élastine montre un manque de continuité de l'anneau élastique des alvéoles au niveau des zones nécrosées.

Rate : La capsule est plutôt mince avec vaisseaux hyperémiques. Dans une grande partie de la coupe la structure de la rate est assez conservée. Les trabécules fibreuses sont grêles. Les sinus veineux sont fortement dilatés et remplis de sang. Le réticulum de la pulpe est tuméfié. Souvent on voit des groupes de cellules assez volumineuses (cellules épithéliales) claires, à noyau vésiculaire. En même temps on remarque un assez grand nombre de cellules géantes avec noyau en couronne. Une grande partie de la coupe cependant est occupée par un tissu nécrosé coloré en rose par l'hématoxyline éosine. Le bord de cette nécrose est assez riche en cellules rondes, à caractère de lymphocytes. Par ci par là on y voit aussi des cellules géantes.

Foie : La capsule est très mince. Les cellules conjonctives qui la composent sont fusiformes, allongées, le plus souvent sur une seule rangée ; rarement on voit deux ou plusieurs rangées. On rencontre aussi quelques infiltrations de cellules à caractère lymphoïde ; d'autres à noyau excentrique. A d'autres places le conjonctif devient plus dense, on voit des fibroblastes en grand nombre. Les cellules sont assez serrées, les fentes vasculaires dilatées, contenant des globules rouges. Toute la coupe est parcourue par du conjonctif plus ou moins dense. Entre ces travées fibreuses on remarque des îlots du parenchyme hépatique conservé. En général c'est le centre des lobules qui est encore indemne, tandis que la périphérie est remplacée et écrasée par l'infiltration conjonctive qui part des espaces interlobulaires.

La coloration au Ziehl montre dans quelques coupes la présence de bâtonnets acido-résistants.

D. A. : Tuberculose fibro-caséuse des poumons et de la rate.

Cirrhose hépatique. L'évolution de cette tuberculose semble s'être effectuée plus lentement que d'habitude.

CONCLUSIONS

En faisant l'historique de l'érythrocyanose, nous avons vu comment peu à peu cette dermatose a été séparée de la maladie de Bazin et des tuberculides et pourquoi la majorité des auteurs a fini par en faire un syndrome d'insuffisance glandulaire et circulatoire. D'autres dermatologues se sont ensuite efforcés de montrer l'importance de certains facteurs occasionnels, comme le froid, les saisons, la mode des jupes courtes et des bas de soie. Après avoir considéré cette question comme résolue, d'une façon si simple, il a bien fallu avouer que les explications étiologiques et pathogéniques actuelles ne sont pas suffisantes ; que si l'importance des troubles glandulaires ne doit pas être négligée, ce ne sont pas eux qui nous éclaireront sur les causes de cette dermatose ; enfin, que la question troublante de son origine tuberculeuse reste sans réponse et mérite qu'on s'y attarde.

Affirmer que l'érythrocyanose est une maladie des glandes endocrines et des vaisseaux, ce n'est pas résoudre le problème de son étiologie, mais simplement déplacer les difficultés. Nous avons vu en effet, que les troubles circulatoires ne suffisent pas

à expliquer l'histologie pathologique de l'érythrocyanose, que la nature de la lésion et ses localisations parlent pour autre chose qu'un simple phénomène de stase. Nous avons montré ensuite que l'existence de troubles glandulaires n'est pas nécessaire au développement de l'érythrocyanose et que ceux-ci sont extrêmement rares chez nos malades. Enfin, nous n'avons trouvé aucune observation qui fasse la preuve d'une relation pathogénique entre l'insuffisance endocrinienne et la cyanose. Il faut donc invoquer d'autres facteurs étiologiques.

La parenté de l'érythrocyanose avec l'érythème induré, parenté clinique, anatomique et thérapeutique, va nous aider à répondre à bien des questions. On devine aisément en effet, les conséquences étiologiques d'un tel rapprochement. Depuis plusieurs années, l'origine bacillaire de la maladie de Bazin, classée actuellement par la majorité des auteurs dans le groupe des sarcoïdes, n'est plus discutée. Mais des expériences récentes, d'un intérêt considérable, ont précisé la nature de cette tuberculose. Valtis et Bélis ont montré que l'inoculation de sarcoïdes produit chez le cobaye une tuberculose atypique analogue à celle que donne l'inoculation de bacilles filtrés. Il est donc permis de rattacher les tuberculides à l'ultravirus tuberculeux. « Or, le rôle de cet ultravirus en pathologie humaine est vraisemblablement très étendu » (Darier). On le rend responsable, non seulement de toutes les tuberculoses inflammatoires curables (au sens de Poncet), d'épanchements ascitiques et d'érythèmes polymorphes, mais de ces états lymphatiques avec leurs troubles glandulaires et de tout ce que Landouzy appelait déjà « les formes invraisemblables de la tuberculose ». Ce n'est donc pas une pure vue de l'esprit, que de considérer comme des signes associés à l'infection tuberculeuse les troubles endocriniens et sympathiques. M. Darier dit d'ailleurs très justement : « Il n'y a vraiment pas opposition entre le rôle de la tuberculose et celui du système endocrino-sympathique. La tuberculose est une cause (étiologie) qui peut agir soit directement et localement, soit indirectement ; dans ce dernier cas, lorsqu'elle frappe le système endocrino-sympathique, celui-ci intervient au titre de mécanisme pathogénique (pathogénie.) »

Les troubles endocriniens et circulatoires accompagnant

parfois l'érythrocyanose chez les jeunes filles lymphatiques, n'ont pas l'importance étiologique que leur donnent certains auteurs.

L'érythrocyanose sus-malléolaire est donc autre chose qu'un syndrome d'insuffisance glandulaire.

La question de son étiologie tuberculeuse reste encore ouverte.

OBSERVATIONS

Observation 1. — J. Valérie, 22 ans, employée de magasin, se présente à notre polyclinique le 13 février 1929 pour des rougeurs, du tiers inférieur des jambes, qui ne lui causent aucune douleur, mais la préoccupent tout de même.

Antécédents héréditaires : Père mort du typhus, mère en bonne santé, pas de frère ni de sœur.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Très bonne santé habituelle. Pas de rhumatisme, ni d'affection pulmonaire. Réglée à treize ans et demi, aucun trouble de la menstruation. Elle travaille depuis un an debout, comme vendeuse dans un magasin.

Affection actuelle : Depuis le début de janvier 1929, la malade constate que ses jambes sont cyanosées, au niveau des chevilles spécialement, et qu'elles sont un peu épaissies. La santé n'en est pas moins bonne et elle a continué son travail sans se faire traiter.

Status général : Jeune fille un peu obèse, forte, mais de petite taille, joues colorées, jambes et bras très épais. Ne se plaint d'aucun malaise, ses règles sont régulières, pas de tachycardie, ni de transpirations exagérées.

Aux différents systèmes on ne constate rien de particulier.

Radioscopie et radiographie pulmonaires : hiles légèrement chargés.

Urine : alb. 0	Sucre : 0
Wassermann : négatif	Cuti-réaction : +
Vernes : négatif	Intradermo-réaction : 1/1000 +
Besredka : négatif	1/10000 +
Vernes T. B. C. : négatif	1/100000 +

Status local : (voir fig. 1). On constate à la jambe gauche sur les bords antéro-internes et antéro-externes à quelques centimètres au-dessus des malléoles deux placards rouge violacé de la grandeur d'une paume de main. Au niveau de tout le tiers inférieur de la jambe, la peau est infiltrée, le contour de la cheville est épaissi ; à la palpation, on a l'impression d'une résistance élastique ; un troisième placard se trouve sur le bord interne du

TABLEAU SYNOPTIQUE DE

N°	Noms	Age	Wasser- mann	Besredka Vernes T. B. C.	Cuti- réaction	Intradermo- réaction	Tuberculose dan les antécédent héréditaires et personnels
1.	J. Valérie	22	—	—	+	$\frac{1}{100} \frac{1}{1000} \frac{1}{10000}$ + + +	r. d. p.
2.	M. Elisabeth	35	—	—	—	+ — —	r. d. p.
3.	S. Blulette	23	—	pas fait	+	+ + —	r. d. p.
4.	S. Olga	30	—	—	+	+ + +	Père mort de T.B. pulmonaire. Cox gie dans les ant.
5.	J. Marguerite	22	—	—	+ + +	+ + +	Mère atteinte d pleurésie
6.	D. Antoinette	20	—	—	+	+ + + +	r. d. p.
7.	B. Thérèse	56	—	—	+ +	+ + +	r. d. p.
8.	D. Justine	34	—	Besredka : douteux Vernes : —	+ + +	+ + +	Mari mort bacillaire
9.	B. Germaine	19	—	Besredka : positif	+ +	+ + + —	Tuberculose chez père et deux frèr
10.	R. Elisa	37	—	Besredka : douteux	+	+ + + +	Hémoptysie dans les antécé- dents personnel
11.	B. Carmen	22	faibleme ^t positif	Besredka : positif Vernes : —	+ +	+ — —	Pas de tuberculo (Mère syphilitiqu
12.	P. Amélie	83	—	Vernes : faibleme. +	+	+ + +	Lupus du nez

genou ; il a la grandeur d'une pièce de cinq francs et l'infiltration caractéristique de l'érythrocyanose. Sur la jambe droite, les lésions sont identiques mais moins accusées dans les régions sus-malléolaires.

Sur les deux jambes on constate une kératose folliculaire et une absence complète de poils. Au niveau des lésions la peau est lisse et brillante, sans ulcérations, mais avec une fine desquamation.

OBSERVATIONS CITÉES DANS CE TRAVAIL

Scopie et graphie pulmonaires	Troubles neuro-endocriniens	Types cliniques	Biopsie et autres examens	Résultat du traitement à la tuberculine
Hiles chargés	r. d. p.	Erythrocyanose s. m. typique	Inoculation de sang au cobaye	Bon
Coupoles diaphragmatiques ondulées	r. d. p.	Erythrocyanose en manchettes sus-malléolaires	—	douteux
r. d. p.	Obésité	Erythrocyanose avec légères indurations	Biopsie Sang au cobaye	Bon
r. d. p.	Sudations fréquentes	Erythrocyanose avec indurations fermes	—	Bon
Lésion d'un sommet	r. d. p.	Erythrocyanose avec indurations bien limitées	—	Bon
pas faites	r. d. p.	Erythème induré compliqué d'érythrocyanose	Inoculation de sang au cobaye	Bon
Coupoles diaphragmatiques ondulées	acro-asphyxie	id.	—	Bon
pas faites	r. d. p.	Erythème induré avec acrocyanose récidivant au printemps	Biopsie —	Bon
Obscurité d'un sommet	r. d. p.	Erythème induré typique	—	Bon
r. d. p.	Obésité 105 kg. —	Erythème induré forme Hutchinson	—	Bon
Lésion d'une base	r. d. p.	Syphilides noueuses ulcérées secondaires	—	Guérison par le traitement spécifique
r. d. p.	r. d. p.	Erythème légèrement infiltré sur une seule jambe	Biopsie (Cellules géantes)	Finsen-thérapie

Lorsqu'on élève les jambes de la malade, la rougeur diminue sans disparaître complètement.

Le 21 février, on met la malade au traitement à la tuberculine de Beraneck par injections sous épidermiques selon la technique du Prof. Sahli, en contrôlant le diamètre du cercle de l'érythème. On commence par $\frac{1}{10}$ de cc. au $\frac{1}{1000}$. La biopsie montre des lésions typiques d'érythrocyanose (voir chap. spécial et fig. 3).

Le 31 mars, on constate une amélioration certaine ; il persiste néanmoins un érythème léger sur lequel des taches se font plus visibles. L'état général est toujours excellent.

Fin avril 1929, la malade décide d'interrompre son traitement pour prendre des vacances. Elle se trouve presque guérie. Elle aurait perdu du poids, mais son état général est resté excellent.

Conclusion : Erythrocyanose sus-malléolaire typique très améliorée par le traitement à la tuberculine de Béranek.

Observation 2. — M. Elisabeth, 35 ans, secrétaire de légation, n'a rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Antécédents personnels : Bonne santé habituelle, pas de maladie d'enfance. Réglée à 15 ans ; aucun trouble de la menstruation.

Affection actuelle : Depuis l'âge de 17 ans, notre patiente souffre d'un épaissement des jambes dans leur tiers inférieur et d'une rougeur persistante des extrémités. Depuis lors, chaque hiver, rechute de l'érythème qui disparaît en été, tandis que persiste l'infiltration. Pendant les années de guerre, la malade est mal nourrie et mal chauffée, ce qui aggrave son affection. Depuis les froids de l'hiver 1928 la cyanose est plus intense, ce qui conduit notre malade à la polyclinique.

Status général : Femme d'aspect florissant, ne se plaignant d'aucun malaise ; aucun trouble du système endocrino-sympathique, règles régulières, rythme cardiaque normal.

Wassermann : négatif

Cuti-réaction : —

Vernes : négatif

Intradermo-réaction : 1/100 +

Besredka : négatif

1/10000 —

Vernes T. B. C. : négatif

1/100000 —

Radiographie pulmonaire : Sommets clairs, coupoles diaphragmatiques un peu ondulées.

Status local : Les deux tiers inférieurs des jambes sont augmentés de volume, la cheville est épaissie, ce qui donne un aspect très disgracieux. Une teinte rouge violacée recouvre comme une guêtre les régions sus-malléolaires à gauche comme à droite. Ses limites supérieures et inférieures sont imprécises. A la palpation on a une sensation de résistance élastique, d'un revêtement caoutchouté dans lequel on perçoit quelques nodosités.

Sur le bord antérieur de la jambe droite une cicatrice, d'une ancienne bulle, fait un médaillon brun rouge de la grandeur d'un pièce de cinquante centimes. La peau de ces régions malades est refroidie et brillante. La cyanose s'exagère considérablement par temps froid ; elle diminue quand la jambe est horizontale. Sur toute la surface des deux jambes, on constate une kératose pilaire érythémateuse très marquée et l'absence totale de poils.

La biopsie est refusée par la malade.

Le 26 janvier 1929, on commence un traitement à la tuberculine de Béranek, poursuivi jusqu'au mois de mars. A la fin de ce dernier mois, on ne constate qu'un légère amélioration et la malade nous quitte pour prendre de longues vacances.

En résumé : Erythrocyanose sus-malléolaire typique, très peu améliorée par le traitement à la tuberculine.

Observation 3. — S. Bluet, employée de fabrique, nous consulte en février 1929. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Dans son passé, on note une santé plutôt précaire, anémie et faiblesse générale, malgré une obésité persistant depuis son enfance. Réglée à onze ans, elle a des règles régulières et indolores.

Affection actuelle : Depuis quatre ans notre patiente remarque qu'en hiver ses chevilles se cyanosent, deviennent plus froides et se tuméfient légèrement. Elle n'a attaché d'importance à cette affection que depuis une année, car il apparaît dans cette zone d'érythème des nodules violets légèrement douloureux pour lesquels elle consulte.

Status général : Jeune fille pâle, assez forte, dentition de rachitique à sillons transversaux. Ne se plaint d'aucun malaise ; appétit conservé, règles régulières, pas de troubles du rythme cardiaque.

Radiographie pulmonaire ; rien à signaler.

Urine : alb. o

Sucre : o

Wassermann : négatif

Cuti-réaction : +

Vernes : o négatif

Intradermo-réaction : 1/1000 +

Besredka : négatif

1/10000 +

Vernes T. B. C. : 6 négatif

1/100000 —

Status local : Dans la région sus-malléolaire de la jambe gauche, on constate un manchon d'érythème, semé de cinq taches rouges violacées, au niveau desquelles on palpe de petites indurations mal limitées, superficielles, mais adhérentes au voisinage, de la grandeur d'un pois ou d'une noisette. Quelques indurations se retrouvent le long du tendon d'Achille. A la face interne du genou, placards cyanotiques sans indurations. La jambe droite ne présente qu'un manchon d'érythème sus-malléolaire sans indurations, mais infiltré. Une kératose pilaire très prononcée couvre toute la face antérieure des deux jambes, associée à une infiltration élastique de la peau.

La biopsie (voir anatomie pathologique N° 3) montre les caractères histologiques de l'érythrocyanose sus-malléolaire.

L'inoculation de sang de la malade à cinq cobayes ne donne aucun résultat (voir chapitre spécial).

Le 26 février, on institue un traitement à la tuberculine. Les réactions sont faibles.

En juillet, la malade est encore en traitement, elle se trouve améliorée mais une nodosité persiste encore, recouverte de taches violettes.

Conclusions : Érythrocyanose sus-malléolaire compliquée d'induration légère améliorée par la tuberculine.

Observation 4. — S. Olga, 30 ans, couturière, nous est envoyée pour un érythème douloureux sur le tendon d'Achille droit. Son père est mort à 56 ans de tuberculose pulmonaire. Sa mère est en bonne santé.

Antécédents personnels : Coxalgie droite à l'âge de quatre ans. Rougeole et scarlatine à huit ans. Depuis cette malheureuse enfance, elle reste extrêmement délicate. En février 1928, on lui découvre un rétrécissement mitral et un sommet suspect pour lequel elle fait un séjour à l'Hôpital de Genève.

Affection actuelle : En décembre 1928, apparaît sur le bord postérieur de la jambe gauche une tache rouge qui démange un peu, n'a aucune tendance à disparaître, mais s'indure plutôt. Le froid provoquant des crises douloureuses notre malade désire être hospitalisée.

Status général : Jeune fille pâle, en bon état de nutrition, souffrant d'une ankylose totale de la hanche droite. Dyspnée d'effort, inappétence, sudations fréquentes. Pas de troubles de la menstruation. A l'examen du système cardio-vasculaire, on trouve les signes d'un rétrécissement mitral. L'auscultation et la scopie pulmonaire révèlent un sommet gauche fibreux.

Wassermann : négatif

Cuti-réaction : +

Vernes : négatif

Intradermo-réaction : 1/1000 ×

Besredka : négatif

1/10000 +

Vernes T. B. C. : 5 négatif

1/100000 +

Status local : Au niveau du tendon d'Achille droit on constate un placard ovalaire bleu-violacé de la grandeur d'une paume de main ; sa surface est un peu marbrée, semée de trois taches plus sombres correspondant à des indurations assez bien limitées, de consistance ferme. La partie antérieure de la jambe est sans lésion. Un petit médaillon d'érythrocyanose se trouve à mi-hauteur de la jambe droite sur son bord interne. Il est également accompagné d'une infiltration. La jambe gauche présente deux placards sus-malléolaires d'érythrocyanose typique sans induration. La température de toutes ces zones est abaissée. La rougeur diminue quand on lève la jambe. Une kératose pilaire légère recouvre la face antérieure des deux jambes. Le professeur Du Bois pose le diag-

nostic d'érythème induré subaigu et ordonne un traitement à la tuberculine de Béraneck. On commence par des doses de un dixième de cc. au millième. Le 26 février, la malade est très améliorée ; il persiste toutefois une infiltration le long du tendon d'Achille. La malade continue son traitement ambulatoirement jusqu'en juillet 1928 où on la déclare complètement guérie.

En résumé, érythrocyanose sus-malléolaire chez une bacillaire certaine, compliquée d'érythème induré de Bazin subaigu.

Observation 5. — J. Marguerite, 22 ans, vendeuse, nous est envoyée en janvier 1929 par un confrère pour des rougeurs des jambes qui tourmentent sa cliente. Dans les antécédents héréditaires on retient une pleurésie séreuse chez la mère de la malade. Dans ses antécédents personnels il faut noter une rougeole dans l'enfance et une néphrite albuminurique à l'âge de vingt ans qui n'a laissé aucun sequel. Depuis quelques années, bronchites fréquentes et, malgré l'embonpoint, état général médiocre. Pendant ces six derniers mois, la malade aurait perdu neuf kilos. Son appétit est nul, ses transpirations très abondantes ; par contre, elle ne se plaint d'aucun trouble de la menstruation.

Affection actuelle : Depuis six mois apparition d'un érythème persistant au tiers inférieur des jambes, un peu prurigineux et aggravé par les froids de l'hiver.

Status général : Jeune femme d'aspect florissant, se plaignant d'une grande fatigue, d'inappétence et de transpirations nocturnes. Au status pulmonaire, on constate une submatité du sommet droit avec vibrations exagérées. La scolie et la radiographie montrent une obscurité du sommet droit sans signe cavitaire. Examen des crachats : pas de bacilles de Koch.

Wassermann : négatif	Cuti-réaction : + + +
Vernes : négatif	Intradermo-réaction : 1/1000 +
Besredka : négatif	1/10000 +
Vernes T. B. C. : 12, négatif	1/100000 +

Status local : Sur les bords internes et externes de la région sus-malléolaire de la jambe gauche, on constate la présence de placards rouges violacés, grands comme une paume de main. Sur ce fond érythémateux se détachent quatre à cinq îlots plus foncés, correspondant à des indurations fermes, nettement limitées grandes comme des noisettes environ. Une plaque d'induration cyano-tique occupe le bord interne du genou au niveau du rebord du plateau tibial. A la jambe droite, un manchon d'érythrocyanose sans nodosité recouvre la partie supérieure de la cheville. La température des régions malades est abaissée. La rougeur diminue quand on lève les jambes, mais les taches de cyanose recouvrent

les nodosités persistent. Sur le bord antérieur des deux jambes on constate une kératose pilaire donnant au toucher une sensation de râpe. Enfin, les chevilles sont lourdes, disgracieuses, capitonnées par une infiltration élastique. La peau est lisse et brillante, sans ulcération. La biopsie est refusée par la malade.

Le 23 janvier, on institue un traitement à la tuberculine de Béranek par injections sous-épidermiques ; la réaction au traitement est très forte, la malade fait des poussées thermiques avec gros abattement. Après quelques jours de repos au lit, on voit la cyanose des jambes disparaître alors que les nodules persistent, recouverts d'une tache bleu-foncé.

Le 6 février, apparaît sur le bord antérieur du tiers inférieur de la jambe gauche, en plein milieu d'un placard de cyanose, un décollement phlycténoïde de l'épiderme. Il se forme une véritable bulle remplie d'un liquide jaune-citron.

Le 8 février, après éclatement de la bulle, il reste une petite croûte qui tombe, ne laissant aucune cicatrice, mais un petit médaillon pigmenté. A fin février, les indurations commencent à disparaître. L'état général est toujours médiocre ; inappétence et toux. Le poids diminue de trois kilos en trois semaines. En mars, la malade est envoyée dans un sanatorium de montagne pour son affection pulmonaire. Il persiste quelques infiltrations minimes au milieu d'une région légèrement érythémateuse.

En résumé : Erythrocyanose sus-malléolaire typique, avec érythème induré chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire très probable.

Observation 6. — D. Antoinette, vingt ans, vendeuse, souffre depuis quatre ans de rougeurs des jambes. Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : Rougeole et scarlatine en bas âge ; grippe en 1918. Bonne santé habituelle. Réglée à dix ans, règles douloureuses mais régulières. N'est pas mariée. Depuis quatre ans souffre d'acrocyanose persistante des extrémités.

Affection actuelle : Il y a quelques années, apparition au tiers inférieur des jambes de plaques rouges qui persistent et se compliquent ces derniers mois d'indurations pour lesquelles la malade vient nous consulter le 3 février 1928.

Status général : Jeune femme en bon état de nutrition, dont les mains sont un peu rouges et froides. Appétit bon ; pas de dyspnée. Ni toux, ni expectoration. L'examen des différents systèmes ne fait rien découvrir d'anormal si ce n'est un léger souffle systolique d'insuffisance mitrale.

Urines claires. Alb. : o. Sucre : o.

Radioscopie pulmonaire : Rien à signaler.

Wassermann : négatif Intradermo-réaction : 1/1000 +

Besredka : négatif 1/10000 +

Cuti-réaction : + 1/100000 +

Status local : Au niveau du tiers inférieur des jambes, sur la face interne à gauche, sur la face externe à droite, on constate la présence de placards d'érythrocyanose grands comme une paume de main. A la palpation, on sent nettement une infiltration diffuse de toute la région sus-malléolaire. Au niveau, plusieurs taches foncées. Au centre des placards, la peau fait une petite élévore, et on palpe des nodosités de la grandeur d'une noisette environ. Un médaillon de cyanose se retrouve sur les bords internes des genoux. La peau est brillante, froide et sans ulcérations au niveau des lésions.

Le 4 février, on prélève en pleine région d'érythème quatre cc. de sang, qu'on inocule à un cobaye.

Le 7 février, on institue un traitement à la tuberculine. Le 12 février, la malade doit nous quitter pour des raisons financières, bien qu'elle soit en bonne voie d'amélioration.

Le 20 avril 1929, le cobaye inoculé meurt en présentant une grosse perte de poids, pas de chancre d'inoculation, ni d'adénopathie caséuse. Sur la rate, le foie et le poumon on constate la présence de nodules blanchâtres, de la grandeur de petits pois, où un examen de longue durée permet de trouver de rares bacilles de Koch. L'étude histologique faite sous le contrôle du Prof. Askanazy conclut à l'existence d'une tuberculose dont l'évolution est ralentie (voir rapport spécial). Il nous semble que l'absence de chancre d'inoculation et de ganglion caséux, la nature du tissu tuberculoïde et la rareté en B. K. font rentrer ce cas dans ces tuberculoses atypiques, atténuées, identiques à celles qu'on produit par inoculation de filtrats de bacilles.

Conclusion : Erythème induré avec érythrocyanose sus-malléolaire, où l'inoculation de sang au cobaye a provoqué une tuberculose atténuée.

Observation 7. — B. Thérèse, 56 ans, ménagère, se présente à notre policlinique le 26 février 1928. Dans ses antécédents héréditaires on ne constate rien de particulier.

Antécédents personnels : Pas de maladies d'enfance, aucune affection cutanée antérieure. Mariée à dix-huit ans, elle a eu une fausse couche et un enfant mort à un an et demi. Son mari est mort à quarante ans d'une affection pulmonaire.

Affection actuelle : Depuis mi-janvier, notre patiente constate

l'apparition sur sa jambe droite de nodosités indolores et persistantes. Son état général reste bon.

Status général : Femme obèse, un peu dyspnéique, ayant bon appétit et bon sommeil. Ne se plaint d'aucun trouble nerveux ; ses règles sont régulières.

Wassermann : négatif

Cuti-réaction : + + +

Vernes : négatif

Intradermo-réaction : 1/1000 +

Besredka : +

1/10000 +

Vernes T. B. C. : négatif

1/100000 +

Status local : On constate sur le tiers inférieur du bord externe de la jambe droite la présence de quatre nodosités, nettement circonscrites, dont la surface saillante, rouge, est un peu cyanosée. La peau qui sépare les nodosités a une teinte rose pâle. L'autre jambe est indemne. Une kératose pilaire érythémateuse recouvre la face postérieure des deux jambes. Au niveau des régions sus-malléolaires on est frappé par la tuméfaction ferme de la peau qui est à ce niveau plus froide. La biopsie est refusée par la malade.

Le 7 février, on institue un traitement à la tuberculine de Béraneck ; on commence par des doses de $\frac{1}{10}$ de cc. au $\frac{1}{1000}$. Les réactions au traitement sont très fortes pendant les premières semaines. Le 7 mars on constate une grande amélioration. On continue le traitement pendant les mois de mai et juin ; la guérison est presque complète. En novembre 1928, les froids amènent une aggravation de la dermatose. Les nodosités sont de nouveau nettement palpables. Un nouveau traitement à la tuberculine, poursuivi jusqu'en mai, amène une guérison complète. Nous avons revu cette malade en juillet 1929 pour un traumatisme sur la jambe gauche et constaté la persistance de la guérison, et l'état général excellent.

Conclusion : Erythème induré de Bazin avec petits signes d'érythrocytose guéri par un traitement à la tuberculine.

Observation 8. — (Présentée à la Société médicale de Genève par le Prof. Du Bois comme érythème induré de Bazin.) D. Justine, 34 ans, ménagère, a des parents bien portants, six frères et sœurs en bonne santé. Dans ses antécédents personnels, rien à signaler. Mariée à vingt ans, elle a deux enfants en bonne santé.

Affection actuelle : Pendant l'hiver 1925-26, apparition de nodosités rouges et douloureuses sur les deux jambes. Grosse amélioration pendant l'été 1926 à la suite d'une cure de repos. Elle nous consulte en février 1927 pour de nombreuses nodosités sur les deux jambes.

Status général : Femme assez obèse, en parfaite santé, ne se

plaignant d'aucun trouble sinon d'avoir toujours froid aux extrémités. Rien de pathologique aux différents systèmes.

Wassermann : négatif	Cuti-réaction : ++
Vernes : négatif	Intradermo-réaction : 1/1000 +
Besredka : négatif	1/10000 —
	1/100000 —

Status local : Au-dessus des malléoles et sur toute la surface des jambes on constate la présence de taches rouge-violacé recouvrant des nodosités dures, douloureuses, nettement limitées (voir fig. 2). Une des indurations de la jambe gauche est en voie de ramollissement. Kératose folliculaire et œdème ferme sur la surface des deux jambes. Le 7 avril, début d'un traitement à la tuberculine et au iode.

En juin 1927, guérison complète. On découvre un frottement pleural à la base droite.

En mars 1928, réapparition de plusieurs nodosités, identiques à celles de l'année précédente ; traitement à la tuberculine. Guérison après quatre mois de traitement.

En mars 1929, récédive, la malade nous consulte en mai ; elle a des lésions pareilles aux anciennes. Grosse amélioration après trois mois de traitement tuberculinique.

En résumé, cas d'érythème induré de Bazin, compliqué d'érythrocyanose, récidivant chaque printemps.

Observation 9. — B. Germaine, 19 ans, nous consulte pour des taches et des lourdeurs des jambes. Son père est atteint de laryngite chronique ; mère en bonne santé. Un frère atteint de pleurésie bacillaire ; un autre frère traité à la montagne pour une péritonite tuberculeuse. Antécédents personnels : bonne santé depuis l'enfance ; réglée à seize ans, très régulière.

Affection actuelle : Après quelques jours d'une laryngite grippale, la malade voit apparaître sur ses jambes des plaques rouges qui s'indurent rapidement et sont un peu douloureuses. Son médecin ordonne une pommade qui fait disparaître la rougeur qui passe au violet ; c'est pourquoi la malade nous consulte.

Status général : Jeune fille en bon état de nutrition, souffrant de transpirations nocturnes. La radioscopie et la radiographie pulmonaire montrent un sommet obscur et des signes suspects à la base gauche. Température normale.

Wassermann : négatif	Intradermo-réaction : 1/1000 = ++
Besredka : positif	1/10000 = +
Cuti-réaction : ++	1/100000 = +
Formule sanguine et équilibre leucocitaire : rien à signaler.	

Status local : Sur les faces externes et internes des deux jambes,

on constate la présence de taches rouges, violacées, correspondant à des indurations grandes comme des noisettes, mais pas très nettement limitées. Elles sont au nombre de cinq sur chaque jambe. Guérison complète après un traitement de six mois à la tuberculine. Revient nous consulter sept mois après pour une récidue, traitée également avec succès par la tuberculine de Béraneck.

En résumé : Erythème induré de Bazin chez une bacillaire pulmonaire, guérie par un traitement à la tuberculine.

Observation 10. — R. Elisa, 57 ans. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Antécédents personnels : rougeole et scarlatine dans l'enfance. Bonne santé habituelle, depuis sa puberté toujours très obèse. Un enfant mort de méningite à sept mois, deux enfants morts à douze et onze ans. En 1914, hémoptysie avec lésion d'un sommet, depuis lors, bonne santé.

Affection actuelle : Depuis l'âge de vingt ans, cyanose des jambes, exagérée par le froid. Chaque année, infiltration plus ferme des régions érythémateuses aboutissant finalement, il y a un an, à la formation de grosses nodosités siégeant jusqu'à mi-hauteur des jambes. Cinq indurations se sont ulcérées spontanément il y a deux mois, laissant soudre un liquide épais, jaune citron. Il en résulte des ulcérations pour lesquelles la malade nous consulte.

Status général : Femme de 105 kilos, un peu dyspnéique, n'accusant aucun trouble de l'état général si ce n'est son obésité fort gênante. Pas de troubles de la menstruation, ni tachycardie, ni sudations exagérées. La radiographie pulmonaire ne fait rien découvrir de suspect.

Wassermann : négatif	Cuti-réaction : +	
Vernes : négatif	Intradermo-réaction : 1/1000	++
Besredka : — — +	1/10000	++
Vernes T. B. C. : 2 négatif	1/100000	++

Status local : Les deux jambes jusqu'à mi-hauteur sont très épaissies et recouvertes d'une peau bleu-violacée. A l'inspection déjà, puis à la palpation, on constate la présence de cinq à six nodosités sur chaque jambe ; elles sont nettement limitées, de consistance ferme, et adhérentes aux plans profonds. Sur la face antérieure de la jambe gauche et sur le bord externe à droite, on remarque deux ulcérations rondes, de la grandeur d'une lentille, à bords taillés à pic et infiltrés. Le fond est grisâtre, sans tendance au bourgeonnement. A la périphérie de ces ulcérations, une teinte violacée fait comme une auréole. Sur la face postérieure gauche, deux ulcérations guéries laissent un placard cicatriciel induré. Toute la moitié inférieure des jambes est en outre épaissie, infiltrée

d'un œdème, leur face antérieure présente une hyperkératose folliculaire et une hyperthyroïse pathologique.

La biopsie (voir chapitre spécial) montre des lésions d'érythrocyanose et d'érythème induré atypiques.

L'inoculation de sang à cinq cobayes ne donne aucun résultat.

Le 1^{er} janvier, on institue un traitement à la tuberculine de Béraneck. En février toutes les ulcérations sont cicatrisées et la malade peut continuer son travail. A la fin de mars, les indurations sont en voie de guérison, la cyanose est bien diminuée, la malade nous quitte.

En résumé : Erythème induré de Bazin forme d'Hutchinson sur le terrain de l'érythrocyanose sus-malléolaire.

Observation II. — B. Carmen, vingt-deux ans, modiste. Son père est en bonne santé, sa mère a été en traitement pour luës dans notre policlinique il y a vingt-deux ans, soignée par des pilules de Ricord. Antécédents personnels : rougeole à six ans, quelques temps après reçoit de la chaux dans les yeux et fait un séjour à l'hôpital Rotschild. Fracture de la jambe gauche à l'âge de sept ans ; à la suite de cet accident, aurait débuté une surdité d'abord unilatérale puis gagnant les deux oreilles malgré des soins nombreux. Pas d'autres affections. Réglée à treize ans, aucun trouble de la menstruation.

Affection actuelle : Au printemps 1924, la malade voit apparaître, sur le tiers inférieur des deux jambes, de petites plaques rougeâtres, ovalaires, non douloureuses et non prurigineuses, qui s'ulcèrent au bout de quelques semaines.

Le Prof. Oltramare consulté trouve un Wassermann positif et ordonne un traitement par des pommades (onguent gris ?) Grosse amélioration, puis guérison après six mois. Au début de février 1927, la malade nous consulte pour des lésions identiques aux premières, ayant débuté il y a quelques mois.

Status général : Femme de 22 ans, en bon état de nutrition, sans cyanose ni dyspnée ; appétit bon, règles régulières, surdité légère (atténuée depuis quelques années).

Wassermann : négatif (légèrement positif au cours du traitement).

Besredka : positif

Cuti réaction : + + +

Intradermo-réaction : 1/1000 = + +

1/10000 + —

1/100000 = — —

Au système pulmonaire, on trouve une matité à la base droite avec une diminution du murmure vésiculaire. Rien aux autres systèmes.

Status local : Sur la jambe gauche, on constate à la face interne du tiers inférieur, deux placards rouges cuivrés correspondant à des indurations fermes et dont l'intérieur est ulcéré. L'ulcère est rond, ses bords sont nettement circonscrits, auréolés d'une zone légèrement surélevée, érythémateuse. Pas de douleurs à la palpation, aucun prurit. Sur la jambe droite, à la face interne, infiltration, grande comme une pièce d'un franc, légèrement ulcérée. Pas de Kératose folliculaire.

Malgré les signes sérologiques et biologiques parlant pour la tuberculose, nous considérons la malade comme une spécifique à cause de son hérédité, de son Wa anciennement positif et de sa surdité. Le résultat du traitement nous donne raison, car après 2,25 gr. de néosalvarsan, la malade est complètement guérie et quitte l'hôpital. Pour compléter le traitement, le Prof. Du Bois ordonne quelques injections de tuberculine.

Après plus d'une année de guérison, la malade fait une rechute et revient en février nous consulter. Traitement spécifique suivi jusqu'en mai 1929, très régulièrement.

Conclusions : Les résultats du traitement, la sérologie et les antécédents nous font conclure à l'existence de syphilides nodulaires malgré l'aspect clinique pouvant en imposer pour des tuberculides.

Observation 12. — M^{me} P. Amélie, 83 ans, est une ancienne malade que nous soignons depuis quatre ans pour un lupus du nez. Le 20 avril 1929, elle entre dans notre service pour une affection des jambes. Dans ses antécédents héréditaires on ne trouve rien à signaler. Antécédents personnels : rougeole et scarlatine dans l'enfance. Réglée à onze ans, toujours régulièrement. Pas d'enfant ni de fausses couches. Ménopause à 44 ans sans troubles spéciaux. Mariée à 34 ans ; son mari est mort à 46 ans d'un carcinome du larynx. Elle a toujours joui d'une parfaite santé, n'a fait qu'une pneumonie en 1917. En 1925, début d'un lupus vulgaire du nez, qui s'étend rapidement et détruit les deux ailes du nez, malgré des traitements variés poursuivis jusqu'au début de l'affection actuelle.

Affection actuelle : Le 22 mars 1929, la malade, alors en traitement par la Finsen et la Röntgenthérapie combinées, fait une petite grippe avec fièvre, courbatures et céphalées. Elle s'alite et constate le 26 mars que le tiers inférieur de sa jambe droite est un peu rouge et tuméfié. Nous conseillons à cette malade son entrée à l'hôpital où nous pourrons mieux l'examiner.

Status général : Femme très bien conservée, présentant sur le visage un lupus vulgaire typique ayant détruit le bord libre des

ailles du nez. Pas de cyanose ni de dyspnée. Sommeil et appétit conservés. Pas d'expectoration ni de toux. Température : 37°8, Pouls : 90. Status pulmonaire : rien de pathologique à l'auscultation et à la radioscopie. Aucun trouble digestif. Pas de douleurs articulaires. Les autres systèmes ne présentent rien d'anormal.

Urines claires = Albumine 0. Sucre : 0.

Wassermann : négatif

Cuti-réaction : +

Vernes : négatif

Intradermo-réaction : 1/1000 = +

Besredka : négatif

1/10000 = +

Vernes T. B. C. : 28 légèrement positif

1/100000 = +

Status local : Sur la face antérieure du tiers inférieur de la jambe droite, on constate la présence d'un placard érythémateux, grand comme une paume de main, dont la surface est lisse, sans élevures. Au niveau et dans le voisinage de la lésion, on palpe une infiltration diffuse, sans nodosité nettement limitée. La rougeur ne disparaît pas quand on lève la jambe ; il n'existe pas de kératose pileaire sur cette jambe. La jambe gauche est indemne. La biopsie montre un tissu tuberculoïde typique avec cellules de Langhans. L'inoculation de sang au cobaye reste négative.

Le 15 avril, la rougeur est un peu diminuée, mais il persiste l'infiltration. Le 27 avril, l'état général est excellent, la température normale, l'appétit bon et la malade nous quitte. Il ne reste du placard cyanotique que deux petites taches violettes.

Le 15 mai, nous revoyons la malade complètement guérie de son érythème ; son lupus ne s'est pas modifié depuis son séjour à l'hôpital.

En résumé : Erythème induré subaigu évoluant à la suite d'une grippe chez une malade atteinte de tuberculose cutanée.

BIBLIOGRAPHIE

ARTHUR ALEXANDER. *Zur Klinik und Pathogenese der Erythrocyanosis crurum puellarum*. Derm. Wochenschrift, 30 avril 1927, p. 611. — BALZER et L. ALQUIER. *Œdème strumeux ou érythème induré chez une jeune fille*. Ann. de Derm. et Syph. 1900, p. 625. — FRITZ BOLTE. *Erythrocyanosis cutis symmetrica*. Klin. Wochenschrift, mars 1922, p. 578. — BRUHNS. *Erythrocyanosis crurum puellaris*o congelatio. Berliner Derm. Gesellsch., 30 octobre 1926, in Derm. Zeitschr. 1927, p. 303. — BRUHNS. *Erythrocyanosis puellarum von ungewöhnlicher Ausdehnung*. Berliner Derm. Gesellsch., 8 mai 1928, in Derm. Zeitschrift, août 1928, p. 105. — G. BUREAU et J. BUREAU. *L'œdème cyanotique sus-malléolaire des jeunes filles*. La Science Médicale pratique, août 1928, p. 446. — J. COMBY. *L'acrocyanose permanente des jeunes sujets*. Arch. de Méd. des Enfants, nov. 1928, p. 645. — DARIER. *Rapport du XIII^e Congrès Suisse de Dermatologie*, Juin 1929. — JEAN DAVID. *Erythro-cyanose sus-malléolaire*. Thèse de Paris, février 1929. — G. DELATER et R. HUGEL. *De l'insuffisance veinulaire, ses rapports avec les tuberculides cutanées*. Soc. Méd. des Hôpitaux, juin 1926, p. 1108. — G. DELATER et R. HUGEL. *Anatomie pathologique de la cyanose sus-malléolaire orthostatique par insuffisance veinulaire. Relations avec l'érythème induré de Bazin*. Soc. Anatomique, juillet 1926, p. 171. — G. DELATER et R. HUGEL. *La cyanose sus-malléolaire orthostatique par insuffisance veinulaire ; réflexions sur les fonctions du muscle veineux*. Presse Médicale, sept. 1926, n^o 78, p. 1222. — G. DELATER. *Trois étapes anatomiques dans l'arbre veineux superficiel du membre inférieur. Trois étapes cliniques dans son syndrome d'encombrement*. Soc. de Médecine de Paris, octobre 1926, p. 455. — G. DELATER. *Péristaltisme et insuffisance veineuse dans un cas d'érythro-cyanose sus-malléolaire hypostatique*. Soc. Anatomique, 7 juillet 1927, in Presse Méd., 20 août 1927, p. 1034. — G. DELATER et R. HUGEL. *Aperçu de pathologie veineuse. Le système veineux périphérique superficiel*. Journal des Praticiens, 12 mars 1927, p. 166. — G. DELATER et R. HUGEL. *Essai de classification des cyanoses locales*. Presse Médicale, 18 avril 1928, p. 482. — G. DELATER et R. HUGEL. *La cyanose sus-malléolaire hypostatique. Essai de discrimination entre les diverses cyanoses locales*. Ann. de Derm. et de Syphil., mai 1928, p. 344. — GERHARD DENEKE. 5 atypische Fälle

von *Erythema nodosum*. Deutsche Med. Wochenschrift, 1919, p. 1211. — CH. DU BOIS. *Angiokératome et engelures*. Revue de la Suisse romande, 20 décembre 1925. — A. FORSTER. *Ueber Erythema induratum*. Hautklinik Bern, p. 99-116, in Bern. Wochenschr., sept. 1927, p. 1369. — GALEWSKY. *Erythrocyanosis cruris puellarum*. 6te Mitteldeutsche Dermatologen-Tagung Magdeburg, 5 déc. 1926, in D. W. 1927, p. 375, et D. Z. 1927, p. 149. — L. GALLAVARDIN et P. P. RAVAULT. *Sur une forme particulière de cyanose permanente des extrémités, non paroxystique, distincte de la maladie de Raynaud, et compliquée de gangrène parcellaire*. Lyon Médical, juillet 1926. — J. GOUIN et A. BIENVENUE. *Résultats de la radiothérapie fonctionnelle sympathique dans les érythro-cyanoses sus-malléolaires et troubles associés et dans l'hyposphoxyie, la maladie de Raynaud, les ulcères de jambes*. Société de Derm. et Syph., décembre 1928, p. 924. — A. C. GUILLAUME. *Sur un syndrome constitué par : des troubles circulatoires des extrémités liés au spasme artériel ; des troubles menstruels et endocriniens*. Soc. Méd. des Hôpitaux, 26 février 1926, p. 335. — A. C. GUILLAUME. *Rôle respectif des veines et des artères dans la genèse de certains troubles de la circulation cutanée*. Soc. Anatomique de Paris, nov. 1926, p. 192. — E. JUSTER. *Les érythèmes infiltrés ou infiltrations érythématocyanotiques des neuro-endocriniens*. Société de Derm., avril 1926, p. 347. — E. JUSTER. *Recherches sur l'étiologie et le traitement des érythro-cyanoses (infiltrations érythro-cyanotiques) et plus particulièrement des érythro-cyanoses sus-malléolaires*. Soc. de Derm., juillet 1926, p. 524. — JUSTER et DELATER. *Biopsies pratiquées sur deux cas d'érythro-cyanose sus-malléolaire. Présentation de coupes*. Soc. de Derm. et Syph., novembre 1926, p. 618. — E. JUSTER. *L'érythro-cyanose sus-malléolaire ; étude clinique et thérapeutique*. Presse Médicale, décembre 1927, page 1573. — E. JUSTER. *Erythro-cyanose supra-malléolaire*. Journal de Médecine de Paris, mai 1928, p. 412. — A. VON KARWOSKI. *Zur Frage des Erythrocyanosis crurum puellaris*. Derm. Wochenschr., août 1927, p. 1161. — VICTOR KLINGMULLER. *Pernionen an den Unterschenkeln*. Archiv für Derm. und Syph., p. 256. — V. KLINGMULLER et O. DITTRICH. *Ueber Frostschäden*. Derm. Zeitschrift, 1927, vol. 49, p. 1. — LENGFELLNER. *Erythema venosum*. Münch. Med. Wochenschrift, 1920, p. 962. — ANDRÉ LERY. *Sur la pathogénie des trophœdèmes et sur le rôle du système nerveux dans la localisation de certains œdèmes*. Journal Médical français, déc. 1927, p. 470. RENÉ LERICHE. *Indications et résultats de la sympathectomie périartérielle dans la chirurgie des membres*. 36^e Congrès français de Chirurgie, Presse Médicale du 19 octobre 1927, p. 1265. — LÉOPOLD-LEVY. *Acrocyanose thyroïdienne, métabolisme basal*. Société de

Médecine de Paris, 11 novembre 1927, p. 474. — G. LEVY et P. LANZENBERG. *Erythro-cyanose symétrique sus-malléolaire*. Réunion Derm. de Strasbourg, janvier 1928, in Bulletin Soc. Française de Derm. et Syph., 1928, p. 78. — LORTAT-JACOB et MORNET. *Echec du traitement tuberculinique dans quatre cas d'empâtement cyanotique des extrémités*. Soc. de Derm. et Syph., mai 1926, p. 344. — LORTAT-JACOB, BIDAULT, LEGRAIN et URBAIN. *La réaction de fixation dans les tuberculoses cutanées*. Ann. de Derm. et de Syph., octobre 1928, p. 841. — J. MARGAROT et E. TRUC. *Œdème cyanotique des jambes chez une jeune fille hérédo-syphilitique, offrant les attributs du « lymphatisme »*. Soc. des Sciences méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc Méd., avril 1926, p. 273. — MENDES DA COSTA et VAN OORT-LAU. *Ueber erythro-cyanosis crurum puellaris*. Acta Derm.-Ven., mars 1926, p. 143. — NARDELLI. *Erytema indurato Bazin e acrocianosi*. Giorn. Ital. di Derm. e Syf., 1926, p. 83. — LEONARDO NARDELLI. *Contributo alla conoscenza di fenomeni di eritrocianosi degli arti inferiori*. Giorn. Ital. di Derm. e Syfil., février 1928, p. 81. — GINA NARDI. *L'éritrocianosi sopra-malleolare*. Il Dermo Sifiligráfico avril 1928, p. 1096. — PAISSEAU, VALTIS et SAENZ. *Etude des éléments filtrables dans la pathogénie et le diagnostic de la tuberculose*. Presse médicale, 9 février 1929. — PAISSEAU et VIALARD. Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôpitaux de Paris, 4 novembre 1927, n° 31. — L. M. PAUTRIER. *Erythrocyanose symétrique sus-malléolaire et érythème induré de Bazin*. Clinique et Laboratoire, 20 octobre 1927, p. 181 à 186. — L. M. PAUTRIER et G. LEVY. *Trois cas d'érythrocyanose symétrique sus-malléolaire*. Réunion de Strasbourg, mars 1927, in Bulletin Soc. Fr. de Derm. et Syph., 1927, p. 300. — L. M. PAUTRIER et A. ULLMO. *Erythrocyanose sus-malléolaire coexistant avec des engelures ulcérées et du livédo annulaire des quatre membres*. Réunion Derm. de Strasbourg, janvier 1928, in Bulletin Soc. Fr. de Derm. et Syph., 1928, p. 80. — L. M. PAUTRIER et A. ULLMO. *Erythrocyanose symétrique sus-malléolaire coexistant avec de l'érythème induré de Bazin et probablement des sarcoïdes hypodermiques*. R. D. S. janvier 1928, in Bulletin Soc. de Derm. et Syph., 1928, p. 85. — M. PEUGNIEZ. *Un cas d'acrocyanose guéri par le traitement endocrinien*. Soc. de Méd. de Paris, 29 octobre 1927, p. 449. — FR. VON POOR. *Durch Funktionsstörungen des weiblichen Genitalsystems hervorgerufene Hauterkrankungen*. Derm. Wochenschrift 1926, p. 293. — SABRAZES. *Trophœdème des jambes en vastes placards saillants et symétriques dans un cas de goitre exophtalmique*. Soc. de Derm., 1921, p. 263. — M. SEDILLOT. *A propos de l'érythrocyanose*. Soc. de Méd. de Paris, du 11 novembre 1927, p. 477. — JOSEPH SELLEI et E. LIEBNER. *Beiträge zur Erythrocyanosis extremitatis*

chronica. Archiv für Derm. und Syph., août 1928, p. 277. —

THIBIERGE et STIASSNIE. *Œdème asphyxique symétrique des jambes chez les jeunes filles « lymphatiques »*. Soc. de Derm., 10 février 1921, p. 67. — ULLMANN. *Erythrocyanosis crurum puellarum*. Wiener Derm. Ges., 28 avril 1924, in Derm. Wochenschr., 17 sept. 1927, p. 1326. — ULLMANN. *Erythrocyanosis crurum puellarum*. Zentralb. für Haut und Geschlechtskr., 20 octobre 1927, p. 744. — ALICE ULLMO. *L'érythrocyanose symétrique sus-malléolaire*. Thèse de Strasbourg, 1929. — KARL ULLMANN. *Thermische Schädigungen (Verbrennungen und Erfrierungen)*. Handbuch der Haut- und Geschlechtskr., 7^e vol. 2^e partie, à paraître. — S. E. VENDEL. *Erythema* ? Ugesk. for Laeg., 1924, p. 791. — M. VILLARET et L. JUSTIN-BESANÇON. *Sur certains points de physiologie pathologique concernant les affections vasculaires périphériques*. Presse Médicale, 30 mai 1928, p. 673. — M. VILLARET et FR. SAINT-GIRONS. *L'acrocyanose des jeunes femmes. Importance physio-pathologique et pathogénique de l'hypertension veineuse et de l'insuffisance ovarienne*. Archives de Méd. des Enfants, février 1929, p. 79. — E. PARKES-WEBER. *Note on a kind of chronic erythema of legs in girls and young women, sometimes leading to diffuse thickening and sclerodermia-like induration of the skin and subcutaneous tissue without nodules and ulcers*. British Journal of Derm. and Syph., 1925, p. 259.

Pour une bibliographie plus complète concernant les auteurs anglais et italiens, voir la Thèse Ullmo (Strasbourg 1929).

IMPRIMERIES RÉUNIES S. A., LAUSANNE — 10 30
